



**Maria Leonor da  
Costa Dias**

**Hábitos alimentares/estilos de vida: *Conhecer e  
Intervir para Prevenir*, uma proposta educacional**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ensino da Geologia e Biologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria de Lourdes Gomes Pereira Professora Associada com Agregação do Departamento de Biologia da Universidade de Aveiro e da Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

## **o júri**

presidente

**Professor Doutor Eduardo Anselmo Ferreira da Silva**  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Simões de Carvalho**  
Professora Catedrática do Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho

**Professora Doutora Maria de Lourdes Gomes Pereira**  
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos**  
Professora Associada com Agregação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade  
Técnica de Lisboa

## **Dedicatória**

À pessoa que mais me influenciou na vida, esteja ela onde estiver... (a minha mãe), a mim e à minha filha Andreia.  
As três gerações de mulheres da família, tão diferentes mas tão iguais...

## agradecimentos

Acto complexo que por vezes é  
Gratificante fazer  
Reenvia-nos para o plano das emoções  
Ajuda-nos a continuar na “caminhada da vida”  
Determina aqueles que  
Efectivamente estão “connosco”  
Contribui para  
I nequívocamente dizer que só com  
Muito “apoio” é possível concluir o que se começa  
E ...  
Não quero esquecer  
Todos  
Os que me ajudaram a construir este trabalho para os adolescentes (a razão da minha profissão)  
Sincero reconhecimento a: (a lista é longa)

- Alunos, Professores e Conselhos Executivos das Escolas E.B. 2 de Moimenta da Beira, E.B.2,3 Dr. Azeredo Perdigão, Escola Secundário de Viriato, Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo;
- Centros de Saúde de Viseu 1 e 3 (Dra. Cristina, Dr. Lino e pessoal administrativo);
- Centro de Saúde de Moimenta da Beira (Dra. Manuela e pessoal administrativo);
- Dra. Maria de Lourdes Pereira – orientadora;
- Dra. Margarida Gaspar de Matos – co-orientadora;
- Dr. António Maria Martins;
- Dra. Ester Vinha Nova;
- Dr. Fernando Gonçalves;
- Dr. Fernando Morgado;
- Família (**principalmente aos Zês da minha vida**);
- Ana Capelo;
- Ana Freitas;
- Céu;
- Correia;
- Irene Pinto;
- Isabel Baptista;
- Luís Mendes;
- Machado;
- Mafalda Ferrari;
- Margarida Morgado;
- Mena;
- Patrícia Costa;
- Paula Garcia;
- Ricardo Pereira.

## palavras-chave

Promoção da Saúde; Hábitos alimentares; Estilos de vida; Alunos em “risco”; Estratégias de vigilância; Proposta educacional.

## resumo

Todo o trabalho que se possa fazer em prol da saúde dos adolescentes estará sempre inacabado, o que pressupõe que todos os contributos, mesmo os mais modestos, se afigurem importantes para ajudar os jovens nesta fase de vida tão controversa.

Desta forma o trabalho de um investigador torna-se gratificante se contribuir eficazmente para a promoção da saúde.

A saúde do Homem está, em grande medida condicionada pela alimentação que pratica e pelo estilo de vida adoptado. Hoje em dia assiste-se, no entanto, a um défice qualitativo nos regimes alimentares, a um exagero quantitativo e, consequentemente, a um desequilíbrio alimentar e ao aumento do sedentarismo, afectando grandemente a Saúde Pública. É a partir destas mudanças que se começa a fazer sentir o grave problema de saúde com que, actualmente, o mundo se debate.

Em face do que foi referido, este estudo pretendeu caracterizar, *CONHECER* os hábitos alimentares/estilos de vida dos alunos dos 10 aos 18 anos, que frequentam escolas situadas em meio urbano e em meio rural e *INTERVIR*, criando a possibilidade de delinear conjuntamente com o Médico de Família, estratégias de vigilância de saúde junto dos alunos em “risco” para *PREVENIR* doenças degenerativas e metabólicas.

Este trabalho terá como objectivo final a tomada de consciência por parte dos jovens de que a saúde é um estado completo de bem-estar, permitindo viver harmoniosamente, facto que será mais facilmente alcançado em função de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis.

Do universo de alunos do distrito de Viseu matriculados do 5º ao 12º ano de escolaridade inquiriram-se 339. Com base no IMC/idade/sexo verificou-se uma certa percentagem de alunos em “risco” (31% para a amostra de meio urbano – escolas da cidade de Viseu e 22,6% para a amostra de meio rural – escolas de Moimenta da Beira).

Junto dos Centros de Saúde, os Médicos de Família forneceram dados que permitiram cruzar a informação obtida nos questionários e estabelecer estratégias de vigilância para alguns dos jovens em risco.

Verificou-se, assim, que o estabelecimento de parcerias efectivas entre os profissionais de educação e de saúde é possível e desejável, para acompanhar os jovens em todo o seu “percurso”.

A partir das conclusões do presente estudo apresenta-se um programa de prevenção – proposta educacional, visando contribuir para o crescimento saudável dos nossos adolescentes – Homens do amanhã!

## keywords

Health Promotion; Food Habits; Lifestyles; Students at “risk”; Surveillance Strategies; Educational Proposal.

## abstract

Improving youngsters' health will always be an unfinished work and this means that all the contributions, even the tiny ones, will be important to help them through this controversial phase of their development.

Thus, the work done by any researcher becomes gratifying if it can efficiently contribute for health promotion.

No one doubts that the health of mankind greatly depends on the way of nourishment each one follows as well as on one's lifestyle. However, nowadays there is a quality deficit on food diets, there is a quantity increase and consequently there is an unbalanced food intake and a clear growing of sedentary life. These facts affect enormously Public Health. These changes contribute to the serious health problem that affects today's world.

Taking in account what was previously reported, this survey tried to characterize, *TO KNOW* food habits/lifestyles of students from 10 to 18 years old who attend urban and/or rural schools and *INTERVENE* creating the possibility to outline, with the help of the school doctor, some strategies to carry out health surveillances with children at risk, in order to *PREVENT* degenerative and metabolic illnesses.

The final aim of this survey is to alert young people that health is a complete and ultimate state of well being; allowing them to live a harmonious life. This fact will be easily reached with proper food habits and healthy lifestyles.

From the universe of students from Viseu District attending Year 5 to Year 12, 339 children were inquired. Based on BMI/age/gender, groups of students under risk were observed (31% from the sample of the urban environment – schools from Viseu city, and 22,6% from those of the rural environment – schools from Moimenta da Beira).

Within the Health Centres, the family doctors helped with some information that allowed us to establish a comparison with the information we got through the questionnaires and consequently establish some strategies for the surveillance of youngsters at risk.

A closer relationship between education and health authority is relevant for the contribution to a healthier development of the youngsters.

Based on the conclusions of the present study a prevention programme is presented – an educational proposal – aiming the contribution to the healthful growth of our teenagers – the adults of the future!

## **mots clé**

Promotion de la santé; habitudes alimentaires; styles de vie; élèves "en risque"; stratégies de vigilance; proposition éducationnelle.

## **résumé**

Un travail réalisé en faveur de la santé des adolescents sera toujours inachevé, ce qui présume que tous les contributions, même les plus modestes, soient importantes pour aider les jeunes dans cette époque si controversée de leur vie. Donc, le travail d'un enquêteur devient plutôt gratifiant surtout s'il contribue pour la promotion de la santé.

La santé de l'Homme est, en grande mesure, conditionnée par l'alimentation qu'il pratique et par le style de vie adopté. Aujourd'hui, on assiste, pourtant, à un déficit qualitatif dans les régimes alimentaires, à une exagération quantitative et, par conséquent, à un déséquilibre et à une augmentation du sédentarisme, ce qui affecte grandement la Santé Publique. C'est à partir de ces changements qu'on commence à se faire sentir le grave problème de santé avec lequel le monde se confronte actuellement.

Par rapport à tout ce qui est dit avant, cette étude a comme but caractériser, *CONNAÎTRE* les habitudes alimentaires/ les styles de vies des élèves des 10 à 18 ans qui fréquentent des écoles situées dans un milieu urbain et dans un milieu rural et *INTERVENIR*, tout en créant la possibilité, à travers la conjugaison d'efforts du Médecin et de la Famille, de délinéer des stratégies de vigilance de la santé des élèves en risques, *PREVENIR* avant tout l'apparition de maladies dégénératives et métaboliques.

Ce travail aura, donc, comme objectif final la prise de conscience de la part des jeunes que la santé est un état complet de bien-être, qui permet de vivre harmonieusement, fait qui sera plus facilement réussi en fonction des habitudes alimentaires et des styles de vie sains.

De l'ensemble des élèves de la région de Viseu, immatriculés de la 5<sup>ème</sup> à la 12<sup>ème</sup> année de scolarité, on a enquêté 339. Ayant pour base le IMC/âge/sexe, on a vérifié un certain pourcentage d'élèves en risque (31% dans l'aperçu urbain - les écoles de Viseu et 22,6% pour l'aperçu rural – les écoles de Moimenta da Beira).

Près des Centres de Santé, les Médecins de Famille ont fournis des dés qui ont permis de croiser l'information obtenue à travers les questionnaires et établir des stratégies de vigilance pour quelques-uns de ces élèves.

On a vérifié, de cette manière, qu'il est possible et désirable d'établir de partenariats réels entre les professionnels de l'éducation et ceux de la santé car, seulement en accompagnant le jeune dans tout son « parcours ».

A partir des conclusions de cette étude on présente un programme de prévention – proposition éducationnelle, que vise contribuer pour la croissance salutaire de nos adolescents – les Hommes de demain !

## Índice Geral

Dedicatória .....	iii
Agradecimentos .....	iv
Resumo .....	v
Abstract .....	vi
Résumé .....	vii
Índice Geral .....	viii
Abreviaturas .....	xii
Lista de tabelas, quadros e figuras .....	xiii

### **CAPÍTULO I**      **INTRODUÇÃO**

1.1. Importância e actualização do tema .....	2
1.2. O Problema e as questões da Investigação .....	8
1.3. Objectivos e hipóteses de Investigação .....	9
1.4. Organização da dissertação .....	10

### **CAPÍTULO II**      **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

2.1. Os adolescentes e a sociedade de consumo .....	13
2.2. Saúde / Promoção da saúde .....	15
2.3. Saúde: um conceito em mudança .....	19



2.4. A Alimentação .....	24
2.4.1. Noções básicas sobre alimentação .....	26
2.4.2. Importância de uma alimentação saudável na adolescência .....	29
2.4.3. Conhecimentos, atitudes e comportamentos alimentares dos adolescentes portugueses relativamente a uma alimentação saudável .....	31
2.5. Factores determinantes dos hábitos alimentares/comportamento alimentar .....	36
2.5.1. Influência educativa da família .....	37
2.5.2. Influência educativa do grupo de amigos/pares .....	37
2.5.3. Imagem corporal .....	38
2.6. Estado nutricional/avaliação nutricional .....	38
2.6.1. Avaliação antropométrica .....	39
2.6.1.1. Índice de Massa Corporal (IMC) .....	39
2.6.1.2. Relação Cintura Anca (RCA) .....	40
2.7. Doenças do comportamento alimentar.....	41
2.7.1. Obesidade infantil e juvenil .....	42
2.7.2. A Obesidade como problema de saúde pública .....	42
2.8. Estilos de Vida .....	43
2.8.1. Saúde Pública e Estilos de vida .....	45
2.8.2. Capacitação/Empowerment na definição de Estilos de Vida .....	45
2.8.3. Actividade física e sedentarismo na definição de Estilos de Vida .....	47
2.9. Escola/Educação: Que desafios para o Séc. XXI? .....	48
2.9.1. Educação para a Saúde .....	49
2.9.2. A Escola e a Educação para a Saúde/Educação Alimentar .....	51
2.9.2.1. Rede de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS e RNEPS) .....	52

2.9.3. A Escola como promotora de estilos de vida saudáveis, particularmente de uma alimentação saudável .....	53
2.9.3.1. Importância da Escola na Educação Alimentar .....	55
2.9.3.2. Abordagem metodológica da Educação Alimentar na Escola .....	56

### **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

3.1. Caracterização Geral da Investigação .....	60
3.2. Actividades desenvolvidas .....	62
3.3. População e amostra .....	64
3.3.1. Meio Rural (concelho de Moimenta da Beira) .....	64
3.3.2. Meio Urbano (cidade de Viseu) .....	65
3.3.3. Caracterização da amostra .....	65
3.4. Instrumentos de recolha de dados .....	73
3.4.1. Inquérito por questionário .....	73
3.4.2. Inquérito por entrevista .....	74
3.4.3. Ficha de dados" Avaliação geral do estado de saúde" .....	75
3.5. Validação dos questionários .....	75
3.6. Teste piloto .....	76
3.7. Recolha de dados .....	76
3.8. Técnicas de Tratamento dos dados .....	77
3.8.1. Tratamento dos dados do questionário .....	77
3.8.2. Tratamento dos dados da entrevista .....	77

3.8.3. Tratamento dos dados da ficha de dados “Avaliação geral do estado de saúde” .....	78
--	----

## **CAPÍTULO IV**                      **RESULTADOS**

4.1. Tratamento estatístico .....	80
4.1.1. Questionário .....	80
4.2. Análise de conteúdo .....	95
4.2.1. Entrevista.....	95
4.2.2. Ficha de dados “Avaliação geral do estado de saúde” .....	98

## **CAPÍTULO V**                      **DISCUSSÃO** ..... 101 |

## **CAPÍTULO VI**                      **CONCLUSÕES** ..... 110 |

## **CAPÍTULO VII**                      **PROPOSTA EDUCACIONAL** ..... 114 |

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** ..... 119 |

## **ANEXOS**

Anexo 1.....	133
Anexo 2.....	134
Anexo 3.....	135
Anexo 4.....	136
Anexo 5.....	137
Anexo 6.....	138

## ABREVIATURAS

<b>CE</b>	Centro Educativo
<b>CEA</b>	Comissão de Educação Alimentação
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CNAN</b>	Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição
<b>DEB</b>	Direcção Ensino Básico
<b>DRE</b>	Direcção Regional de Educação
<b>DES</b>	Direcção Ensino Secundário
<b>EMAA</b>	Equipa Multidisciplinar de Apoio ao Aluno
<b>EPS</b>	Escola Promotora de Saúde
<b>FCNAUP</b>	Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto
<b>GEAA</b>	Gabinete Especializado de Apoio ao Aluno
<b>GTES</b>	Grupo de Trabalho da Educação Sexual
<b>HBSC/OMS</b>	Health Behaviours in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde
<b>IDP</b>	Instituto do Desporto de Portugal
<b>IIE</b>	Instituto de Inovação Educacional
<b>IOTF</b>	International Obesity Task Force
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corporal
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PEE</b>	Plano Educativo de Escola
<b>PNPAFD</b>	Programa Nacional de Promoção da Actividade Física e Desportiva
<b>RCA</b>	Relação Cintura Anca
<b>REEPS</b>	Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde
<b>RNEPS</b>	Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas para Educação e Ciência e Cultura

## Lista de Tabelas, Quadros e Figuras

### Tabelas:

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função do ano de escolaridade.....	67
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função do sexo.....	68
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função da idade.....	68
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função do Centro de Saúde a que pertencem.....	69
<b>Tabela 5</b> – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função do Médico Assistente.....	69
<b>Tabela 6</b> – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função do ano de escolaridade.....	70
<b>Tabela 7</b> – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função do sexo.....	71
<b>Tabela 8</b> – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função da idade.....	71
<b>Tabela 9</b> – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função do Centro de Saúde a que pertencem .....	72
<b>Tabela 10</b> – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função do Médico Assistente.....	72
<b>Tabela 11</b> – Composição do pequeno-almoço.....	80
<b>Tabela 12</b> – Frequência de ingestão de leite e derivados.....	81
<b>Tabela 13</b> – Média de refeições diárias.....	81
<b>Tabela 14</b> – Vegetais frescos - consumo diário.....	82
<b>Tabela 15</b> – Consumo de peixe semanalmente.....	82
<b>Tabela 16</b> – Consumo de carne.....	83
<b>Tabela 17</b> – Consumo de bebidas alcoólicas.....	87
<b>Tabela 18</b> – Classificação do estado de saúde.....	88
<b>Tabela 19</b> – Alimentação diária equilibrada .....	89
<b>Tabela 20</b> – Quebras de energia durante o dia .....	89
<b>Tabela 21</b> – Frequência de consultas ao médico de família.....	90
<b>Tabela 22</b> – Dados da auto-imagem.....	90
<b>Tabela 23</b> – Avaliação antropométrica.....	91
<b>Tabela 24</b> – Classificação do estado nutricional da amostra rural, segundo o sexo e o IMC .....	91

<b>Tabela 25</b> – Classificação do estado nutricional da amostra urbana, segundo o sexo e o IMC .....	92
<b>Tabela 26</b> – Descrição do estilo de vida .....	92
<b>Tabela 27</b> – Participação activa nas aulas de Educação Física .....	93
<b>Tabela 28</b> – Prática de desporto .....	93
<b>Tabela 29</b> – Frequência da ocupação das horas de lazer / Nº horas de sono diárias.....	94

#### **Quadros:**

<b>Quadro 1</b> – Paradigmas Saúde/Doença.....	21
<b>Quadro 2</b> – Modelos Patogénico/Salutogénico.....	23
<b>Quadro 3</b> – Pontos de corte para a classificação do IMC.....	40
<b>Quadro 4</b> – Calendarização das actividades desenvolvidas.....	63
<b>Quadro 5</b> – Número de alunos envolvidos no estudo.....	66
<b>Quadro 6</b> – Organização/estruturação do questionário.....	74
<b>Quadro 7</b> – Categorização do conteúdo das questões da entrevista.....	78
<b>Quadro 8</b> – Síntese de resultados.....	94
<b>Quadro 9</b> – Análise de conteúdo das entrevistas de acordo com a categorização definida.....	96
<b>Quadro 10</b> – Análise de conteúdo das entrevistas de acordo com a categorização definida (Continuação).....	97
<b>Quadro 11</b> – Avaliação do estado de saúde (casos passíveis de intervenção) realizada pelos Médicos de Família – <b>amostra rural</b> .....	98
<b>Quadro 12</b> – Avaliação do estado de saúde (casos passíveis de intervenção) realizada pelos Médicos de Família – <b>amostra urbana</b> .....	98

#### **Figuras:**

<b>Figura 1</b> – Roda dos Alimentos Portuguesa, de 2003.....	27
<b>Figura 2</b> – Relação cintura/anca – Andróide e Ginóide.....	41
<b>Figura 3</b> – Dieta ou regime.....	83

<b>Figura 4</b> – Consumo de alimentos açucarados.....	84
<b>Figura 5</b> – Consumo de "fast-food".....	85
<b>Figura 6</b> – Consumo diário de água.....	85
<b>Figura 7</b> – Consumo de sumos industriais e/ou refrigerantes.....	86
<b>Figura 8</b> – Consumo de alimentos fritos.....	87
<b>Figura 9</b> – Consumo diário de fruta ou sumos de fruta.....	88

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

#### 1.1. Importância e actualização do tema

A definição do conceito de saúde apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS 1946), “*estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a mera ausência de doença ou enfermidade*”, transmite de forma inequívoca o que deverá ser entendido como saúde. Neste sentido, foi-se nos últimos anos, confirmando de maneira unânime e crescente, a ideia de que a saúde é a capacidade que o Homem apresenta em lutar pelo seu projecto de vida pessoal, em direcção ao bem-estar físico, psicológico e social.

O estado de saúde dos indivíduos e das comunidades está relacionado com diversos factores, designadamente: a hereditariedade, o meio ambiente (social e natural), o estilo de vida e o sistema de saúde (cobertura, acessibilidade e eficácia) (OMS, 1998; Sanmarti, 1988).

Torna-se cada vez mais premente que a saúde deva ser entendida como um recurso para o dia a dia e não como um objectivo da vida. Não deve ser encarada apenas como responsabilidade do Sector da Saúde, exigindo dos indivíduos a prática de estilos de vida saudáveis para se atingir o bem-estar, sendo a alimentação uma condição e um recurso fundamental (Carta de Ottawa, 1986).

A saúde do Homem está em grande medida, condicionada pela alimentação que pratica. Hoje em dia, assiste-se, no entanto, a um défice qualitativo nos regimes alimentares, a um exagero quantitativo e, consequentemente, a um desequilíbrio alimentar. A par destes desequilíbrios e défices assiste-se ao alastramento das doenças do comportamento alimentar. As agressivas campanhas de *marketing*, a globalização de hábitos de consumo e a massificação dos regimes alimentares, resultantes de uma imposição cultural tida como “evoluída e de referência”, conduziram ao abandono dos regimes alimentares primários construídos em milénios de conhecimento e de tradição. Assim, a saúde como resultante de um equilíbrio biológico, proporcionado por saudáveis estilos de vida, ocupação laboral e recreativa e hábitos alimentares adequados, terá uma



maior efectivação de acordo com a menor influência que as novas tendências alimentares exerçam sobre os indivíduos (Hartman, 1993; Matos *et al.*, 1998; Stewart, 2001).

Juntamente com uma alimentação saudável, o estilo de vida adoptado por cada indivíduo funciona como uma trave mestra da vida e da acção humana, constituindo-se uma problemática da saúde, da qualidade de vida, da educação cívica, da cidadania, dos direitos humanos e das liberdades, direitos e garantias que conduzem ao bem-estar individual e social.

Com o avanço dos tempos e com as alterações dos estilos de vida, novos hábitos alimentares e de consumo se adquiriram, afectando grandemente a Saúde Pública, problema com que, actualmente, o mundo se debate.

Podemos designar um estilo de vida como saudável, se gera ou mantém a saúde e torna menos provável o aparecimento de doenças e incapacidades (Mendoza, Pérez e Foguet, 1994). As variáveis relacionadas com o estilo de vida podem, assim, construir mecanismos viáveis para a avaliação e conhecimento da qualidade de vida e como consequência o conhecimento da real condição de saúde de uma determinada população.

Estudos epidemiológicos revelam que o estilo de vida é, nos países desenvolvidos, um dos factores que mais influi no nível de saúde das populações (Sanmarti, 1988; Costa *et al.*, 1998). Outros dados mostram que o tabagismo, a falta de exercício, de uma alimentação saudável, e o alcoolismo são comportamentos de risco relacionados com respectivamente, 20%, 14,5% e 5,5% dos óbitos nos Estados Unidos (McGinnis e Foege, 2000).

A alimentação, para além de ser uma necessidade fundamental do ser humano, é um dos elementos do estilo de vida mais determinante no seu estado de saúde. “Somos o que comemos” é um velho aforismo que traduz bem este facto (Nunes e Breda, 2001).

Uma dieta saudável, só por si, não dá garantias de boa saúde, mas constitui um contributo fundamental para prolongar a vida, evitar inúmeras doenças e o sofrimento humano que as acompanha (Loureiro, 1999). A importância de uma boa alimentação, em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, é reconhecida pela OMS (1998). Não obstante o reconhecimento da importância de uma alimentação saudável e o avanço no conhecimento científico em nutrição, não têm tido grande influência na adopção de comportamentos alimentares saudáveis. Efectivamente, muitas doenças relacionadas com comportamentos alimentares e estilos de vida inadequados, como as doenças

cardiovasculares, continuam a ser a primeira causa de morte no mundo ocidental e também em Portugal (OMS, 1998; Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, 2002).

Vários estudos epidemiológicos mostram que a obesidade infantil, juvenil e adulta, forte indicador da ingestão de uma alimentação desadequada e da prática de rotinas sedentárias, está a aumentar no mundo ocidental em geral e também em Portugal (OMS, 1998, 2003). Regista-se uma hipervalorização da carne, o menosprezo das proteínas de origem vegetal e dos hidratos de carbono complexos, o baixo consumo de alimentos ricos em fibra e vitaminas e o excesso do consumo de gorduras, sal e açúcar (Loureiro, 1999; Carmo, 1999; Moreira, 1999).

O apelo da publicidade e da sociedade de consumo à ingestão de alimentos hipercalóricos e com baixa densidade nutricional tem como consequência distorções alimentares de que resultarão grandes problemas de saúde da sociedade moderna (Carmo, 1999). Em face destes pressupostos, torna-se da maior importância conhecer os hábitos alimentares e os estilos de vida das populações, a fim de se poder avaliar as situações e agir, em caso de graves erros alimentares.

Torna-se também importante informar para a alimentação saudável, disponibilizar meios para que essa tarefa possa ser concretizada na prática. O papel dos pais e educadores neste campo é ainda insuficiente. É fundamental fornecer aos jovens orientações no sentido de lidar, de forma crítica, com a publicidade e com os exemplos negativos da sociedade.

Outras doenças do comportamento alimentar, como a anorexia e a bulimia nervosas, têm também apresentado uma tendência para o aumento da sua incidência ao longo destes últimos anos (Gonçalves, 1999).

Os dados do inquérito Health Behaviour in School-aged Children/Organização Mundial de Saúde (HBSC/OMS) efectuado em 1998, em vários países europeus, envolvendo estudantes com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos sobre comportamentos ligados à saúde, mostraram que os jovens apresentavam alguns comportamentos alimentares saudáveis. No entanto, possuíam outras condutas alimentares prejudiciais à saúde (Currie *et al.*, 2000). Os dados revelaram ainda que em muitos países europeus é elevada a percentagem de adolescentes que consome diariamente alimentos como: batatas fritas, doces, chocolates e refrigerantes, forte indicador de dietas hipercalóricas.

Em Portugal, por exemplo, na faixa etária dos 13 anos, embora se verificasse que 93% das raparigas e 92% dos rapazes ingeriam fruta diariamente (a maior percentagem registada em países da União Europeia), constatou-se que 22% das raparigas e 31% dos

rapazes ingeriam batatas fritas de pacote diariamente, 26% das raparigas e 33% dos rapazes consumiam chocolates e/ou guloseimas na mesma frequência, e 60% dos rapazes e 64% das raparigas consumiam diariamente refrigerantes.

Comparando os padrões alimentares registados em 1998 (acima registados) e 2002, em estudos desenvolvidos pelos mesmos autores (Matos *et al.*, 2003; Currie *et al.*, 2004), verificou-se que a percentagem de adolescentes que declarou consumir fruta diminuiu. No entanto, a percentagem dos que declararam consumir colas e outros refrigerantes, doces e chocolates aumentou. Deste modo, verificou-se um agravamento na selecção de alimentos pelos adolescentes, de 1998 para 2002, levando a prever futuramente uma maior dificuldade no combate ao crescente número de indivíduos portadores de doenças crónicas. Este facto, foi observado não só nos países ricos, mas cada vez mais nos países em desenvolvimento, como refere a OMS (2003).

A partir dos dados expostos, podemos inferir que as estratégias de promoção de uma alimentação e de estilos de vida saudáveis e de muitos outros indicadores por nós observados, não têm sido eficazes.

A promoção de comportamentos saudáveis exige o conhecimento da sua etiologia. Embora os comportamentos em geral, e alimentares em particular, tenham uma etiologia muito complexa, é de referir que os hábitos alimentares começam a ser aprendidos muito cedo no ambiente familiar, devendo ser corrigidos na escola.

Os estabelecimentos de ensino são um dos locais mais importantes para actuar no sentido de promover a adopção de padrões alimentares saudáveis, já que é nesse espaço que os alunos passam uma grande parte do seu tempo, numa fase em que são receptivos à mudança e aquisição de hábitos (Sanmarti, 1988; Mendoza *et al.*, 1994). É ainda na escola que se encontram profissionais qualificados para abordar temas de saúde como a nutrição e a alimentação (Mendoza, 1999). Assim, a escola pode e deve funcionar como um agente impulsor, operando em contra-ciclo com os hábitos negativos enraizados em certas famílias. Através do papel de incrementar afectos e valores, a escola torna-se o instrumento ideal para incutir, através da “activação da dimensão afectiva”, a capacidade de dizer não.

O percurso de crescimento de todas as crianças está muito dependente das interacções com o meio, podendo estas resultarem em vulnerabilidade ou em resiliência. Deste modo, as intervenções preventivas devem ser integradas no processo educativo, sob forma de promoção da saúde. No entanto, para que esta intervenção seja eficaz, há que identificar os factores de risco para os atenuar, potenciando os de protecção. Tal como é referido por Moreira (1999) a relação entre factores de risco e o desenvolvimento

de perturbação não é linear, mas mediada pelos diferentes momentos e contextos, tais como a Família, a Escola, os Amigos, acabando a resiliência e a prevenção por ser herança de gerações, através de uma cultura familiar e ambiental.

Um estudo realizado por Matos (2005), envolvendo 919 jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos, em escolas dos Concelhos de Loures, Oeiras, Marvila/Chelas e Amadora, vem confirmar o acima exposto, ao revelar que a "escola" pontecia estilos de vida saudáveis. Segundo esta investigadora, a escola é um elemento determinante na escolha de estilos de vida saudáveis, dado que os alunos provenientes de localidades carenciadas têm menor propensão a desenvolver comportamentos de risco do que aqueles que abandonaram precocemente o ensino. No entanto, apesar de todas as recomendações para que a escola se envolva na promoção de uma alimentação saudável, vários resultados têm revelado que muitos jovens apresentam conhecimentos incorrectos e/ou insuficientes sobre alimentação (Calado, 1998; Santos, 1999; Marques-Vidal, 2001; Matos *et al.*, 2003).

Os erros alimentares e os estilos de vida inadequados afectam o indivíduo nas suas diferentes dimensões constitutivas: física, mental, social, emocional e espiritual, pelo que será através da "*Literacia para a Saúde*" (Carvalho, 2002), considerada como fórmula básica do desenvolvimento cognitivo, geradora e potenciadora da autonomia e reflexão metacognitiva do cidadão, que este decidirá e agirá com base na sua capacitação para empreender práticas saudáveis baseadas no conhecimento e mediadas por atitudes conscientes. É este potencial fornecido pela abordagem educacional que dota os indivíduos de instrumentos cognitivos e operativos favorecedores das restantes abordagens da promoção da saúde, quer a centrada no jovem em que este responsabilmente pode decidir por modelos alimentares promotores ou destruidores da sua saúde; quer nas abordagens comportamental e social.

São escassos os estudos disponíveis sobre acções ao nível das escolas no sentido de divulgar uma alimentação saudável. Sabe-se que este tema está incluído no currículo do 1º ciclo e nos programas de Ciências Naturais dos 2º e 3º ciclos. Vários estudos demonstram, também, que os professores orientam a sua prática recorrendo sobretudo aos manuais escolares (Cunha, 1999; Pereira e Duarte, 1999). A análise de conteúdo destes revela que, o tema da alimentação não é apresentado com a profundidade que seria desejável para aqueles níveis de ensino.

De acordo com Moreira e Teixeira (1994) constatou-se que as intervenções bem orientadas podem melhorar os conhecimentos dos alunos. Justifica-se a aplicação de programas de promoção da saúde eficazes, para ensinar as crianças e jovens a efectuar

escolhas adequadas numa lógica de prevenção, que possam ajudar a melhorar a saúde, reduzir os riscos de doenças, lidar com doenças crónicas e melhorar o bem-estar e auto-suficiência dos indivíduos, famílias, organizações e comunidades.

Considerando o que atrás foi referido e tendo subjacentes os princípios que norteiam a actividade docente no âmbito das Ciências, compete-nos desenvolver pedagogicamente temas/programas que contribuam para o desenvolvimento de competências gerais instituídas, interligando diferentes áreas do saber, manifestamente interessantes na formação do aluno, visando a compreensão de que a qualidade de vida implica **saúde** e **segurança** numa perspectiva individual e colectiva.

Conforme já foi referido, a alimentação pouco saudável é um factor responsável por uma elevada morbi-mortalidade. Por outro lado, vários estudos desenvolvidos em Portugal têm demonstrado que os adultos em geral, e os jovens em particular, revelam padrões alimentares deficientes (Currie *et al.*, 2004; Matos *et al.*, 2003, Almeida *et al.*, 2001; Santos 1999). Estes dados associam-se à elevada taxa de cancro do estômago que se verifica no nosso país (comunicação dos investigadores do IPATIMUP).

Segundo dados recentes da OMS (2003), as doenças crónicas, com forte relação com comportamentos alimentares inadequados, estão a aumentar rapidamente ao nível mundial. Em 2001 contribuíram para aproximadamente 60% das 56,5 milhões de óbitos declarados no Mundo e para aproximadamente 46% do volume global das doenças. Estima-se que a proporção das doenças crónicas aumente 57% até ao ano de 2020.

Os malefícios individuais e colectivos de hábitos alimentares e estilos de vida desadequados justificam que se melhorem os meios existentes e se encontrem outros alternativos, no sentido de os erradicar, dando cumprimento ao enumerado na Constituição da OMS (1946): “*desfrutar do melhor nível possível da saúde...*”.

Por isso, urge adoptar vias mais adequadas para promover hábitos alimentares saudáveis e/ou alteração de comportamentos favoráveis à saúde. Assim, consideramos que este estudo poderá ser um contributo, ainda que modesto, para a resolução do problema da alimentação desregrada e de hábitos de sedentarismo apresentados pelos adolescentes, pelas razões que a seguir enumeramos:

- Em face da variabilidade regional de conhecimentos, que podem influenciar diferentes comportamentos existentes no nosso país, é necessário diagnosticar ao nível local os comportamentos relacionados com alimentação e com os estilos de vida que os jovens possuem. Considera-se importante realizar um levantamento à escala local ao nível urbano e rural, para detectar os hábitos dos alunos relativamente à adopção de uma alimentação saudável e de comportamentos considerados sedentários.

- Com base no conhecimento dos hábitos de alimentação/estilo e vida dos alunos, será possível identificar factores que contribuem para aumentar a efectividade da Educação Alimentar, com posterior implementação/intervenção e avaliação de um programa, sempre considerado no âmbito da Educação para a Promoção da Saúde.

- Consideramos que se justifica a construção e avaliação de um programa de educação alimentar/estilo de vida para o segundo e terceiro ciclos do ensino básico e ensino secundário, pela inexistência, em Portugal, de programas de prevenção, nesta área, para estes níveis de ensino. Por programa de prevenção, aqui designado por **proposta educacional**, entendemos um conjunto de actividades desenhadas e sequenciadas com o objectivo de promover uma alimentação e estilos de vida saudáveis.

A OMS (1998) refere-se à importância da selecção de bons métodos educacionais e respectivos materiais, para a efectiva promoção da saúde, referindo-se àqueles que desenvolvem conhecimento, influenciam atitudes, criando condições para a aquisição de comportamentos nutricionais adequados. A mesma organização refere-se à importância da sua avaliação, considerando-a uma ferramenta poderosa, a usar para informar sobre a sua eficácia e melhorar os programas de saúde escolar. Em face dessa constatação, o presente estudo, destinado a alunos dos 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e Ensino Secundário, visa a tomada de consciência pelos jovens, acerca da prática de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis. Pretende-se desta forma torná-los mais aptos a adoptarem uma alimentação racional, com o intuito de prevenir as doenças metabólicas e degenerativas mais graves e frequentes.

## 1.2. O Problema e as questões de investigação

Face à pesquisa e contextualização efectuadas, o problema de investigação define-se da seguinte maneira:

**De que forma a tomada de consciência, pelos jovens, acerca da prática de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, contribui para a prevenção de doenças metabólicas e degenerativas mais graves e frequentes?**

O problema em estudo permite que se coloque o seguinte conjunto de questões que se consideram fundamentais:

- Quais os hábitos alimentares e estilos de vida da população escolar do 5º ao 12º ano de escolaridade do distrito de Viseu (em escolas de **meio urbano – concelho de Viseu**, pertencentes ao Centro Educativo de Viseu e em escolas de **meio rural – concelho de Moimenta da Beira**, pertencentes ao Centro Educativo Douro Sul)?
- Existem diferenças significativas nos modelos de estilos de vida e de hábitos alimentares das camadas jovens de meio rural e urbano?
- Os hábitos alimentares/estilos de vida praticados pelos jovens condicionam directamente a sua saúde?
- É possível estabelecer “estratégias de vigilância” conjuntamente com os Médicos de Família, para os “alunos em risco”?

### 1.3. Objectivos e hipótese de investigação

Os **objectivos** do presente trabalho são os seguintes:

#### 1. Identificar situações à luz da *Escola Promotora de Saúde*:

**1.1.** Avaliar os indicadores de saúde relacionados com os hábitos alimentares /estilos de vida na população escolar do distrito de Viseu do 5º ano ao 12º ano de escolaridade, equacionando-os de acordo com a idade, sexo, ano de escolaridade e maturidade biológica.

**1.2.** Avaliar os indicadores de saúde relacionados com os hábitos alimentares /estilos de vida na população escolar do distrito de Viseu do 5º ano ao 12º ano de escolaridade, equacionando-os de acordo com o local de residência (meio urbano/meio rural).

2. Aquilatar de que modo o adolescente reconhece a necessidade de desenvolver hábitos de vida saudáveis, numa perspectiva biológica, psicológica e social para atingir o estado de saúde.

2.1. Conhecer os hábitos alimentares.

2.2. Conhecer o estilo de vida, no que concerne à prática de actividade física/sedentarismo; ocupação dos tempos livres/recreio e lazer; horas de sono.

3. Reconhecer atitudes de cooperação entre os vários agentes (educativos e de saúde).

4. Fornecer elementos que, sob a forma de recomendações – **proposta educacional**, estimulem a adopção de estratégias adequadas de intervenção, ao nível pedagógico, que fomentem a prática de hábitos alimentares/estilos de vida saudáveis nos jovens.

As dimensões do problema em análise, bem como as questões formuladas permitem que se estabeleça **a seguinte hipótese**:

- Os jovens residentes em meio rural apresentam hábitos alimentares/estilos de vida mais saudáveis comparativamente com os do meio urbano.

Partindo da hipótese de que existem diferenças significativas nos hábitos alimentares /estilos de vida destas duas comunidades que distam apenas cerca de 70 km, a investigação foi conduzida no sentido de verificar se os jovens que praticam hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis apresentam bem-estar físico que lhes permite crescer harmoniosamente, alcançando consequentemente níveis elevados de saúde.

Foram ainda analisadas e tratadas estatisticamente de forma exploratória, nas duas amostras, as condições relativas ao seu estado de saúde, a frequência de consultas médicas e a avaliação antropométrica (IMC).

## 1.4. Organização da dissertação

Esta dissertação está dividida em sete capítulos. No primeiro capítulo é feita uma breve introdução ao tema contextualizando-o. Justifica-se a escolha do mesmo,



apresenta-se o problema, as questões, os objectivos, a hipótese de investigação e a estrutura da dissertação.

O segundo capítulo refere-se ao enquadramento teórico do estudo, apresentando-se alguns aspectos gerais, designadamente: a adolescência e a sociedade de consumo, a promoção da saúde, a importância de uma alimentação saudável; algumas noções básicas sobre alimentação saudável; alguns estudos que caracterizam os conhecimentos, as atitudes e comportamentos que os adolescentes portugueses apresentam relativamente à alimentação; os determinantes do comportamento alimentar e dos hábitos alimentares; os estilos de vida dos jovens no que se refere à actividade física, como ocupam as horas de lazer, a importância da escola na educação alimentar, contextualizando-se Educação Alimentar e Educação para a Saúde na realidade educativa portuguesa.

No terceiro apresentamos a metodologia utilizada; caracteriza-se a população e a amostra, faz-se uma breve descrição dos locais onde se desenvolveu a pesquisa, meio rural (concelho de Moimenta da Beira) e do meio urbano (cidade de Viseu – freguesia de Abraveses); caracterizam-se as técnicas de investigação e os instrumentos utilizados; e descreve-se o modo como os dados foram recolhidos e tratados.

No quarto capítulo são apresentados os resultados, em função dos objectivos estabelecidos para o estudo. Estes são apresentados numa análise comparativa entre as respostas dos dois subgrupos.

Apresenta-se no quinto capítulo a apreciação crítica dos resultados obtidos, confrontando-os, sempre e quando possível, com outros já realizados.

No sexto capítulo apresentam-se as conclusões e as implicações educativas.

No sétimo e último capítulo, de acordo com os resultados de alguns pontos importantes e significativos do estudo, é feita uma recomendação sob o título **proposta educacional**, visando a adequação à realidade escolar portuguesa, de um “programa” a ser implementado no âmbito da Educação para a Saúde, à luz da Escola Promotora de Saúde. Pretende-se que este programa envolva os profissionais de saúde, sobretudo os Médicos de Família. Estes profissionais ao reflectirem mais exaustivamente nos temas mais complexos, podem constituir uma efectiva parceria com os professores e membros da comunidade escolar, em prol da saúde e da qualidade de vida de todos os envolvidos.

A parte final integra as referências bibliográficas e os anexos.

## CAPÍTULO II

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 2.1. Os adolescentes e a sociedade de consumo

A adolescência é uma fase controversa na vida de todos os indivíduos, dado que se descobre a identidade e se define a personalidade. Nesse processo manifesta-se uma crise na qual se reformulam os valores adquiridos na infância.

O adolescente caracteriza-se pela indefinição do seu papel social, o que resulta num *status* intermédio e provisório e, consequentemente, passa a ser tratado de forma ambivalente, ou seja, como criança e como adulto (Salles, 1998; Reato, 1999).

A adolescência caracteriza-se por profundas modificações somáticas, psicológicas e sociais. A OMS (1995) propôs o limite etário compreendido entre os 10 e os 19 anos como correspondente à adolescência e que normalmente é dividido em duas partes: período inicial (10 a 14 anos) e final (15 a 19 anos), tendo em conta importantes diferenças biológicas e psicossociais entre estes grupos etários. O maior desenvolvimento ocorre geralmente entre os 10 e 13 anos de idade nos indivíduos do sexo feminino, e os 12 e 15 anos de idade no sexo masculino. O pico da velocidade de crescimento ocorre por volta dos 11/12 anos de idade nas raparigas e 13/14 anos nos rapazes.

De acordo com Saito (1993), na adolescência o ganho em altura ocorre durante a fase de crescimento máximo, que corresponde a um período de 24 a 36 meses e é de aproximadamente 10 centímetros por ano. O indivíduo, nesta fase, adquire aproximadamente 50% do seu peso e 20-25% da sua estatura definitiva.

As grandes mudanças físicas que ocorrem no adolescente conduzem a uma profunda valorização da sua imagem corporal e consequente alteração da personalidade, o que muitas vezes afecta os hábitos alimentares (Albano, 2000). É nesta fase que o adolescente se “liberta” da família e, portanto, da socialização primária que ocorre no grupo familiar. Com esta atitude, pretende atingir a independência pessoal, estabelecendo relações com outros indivíduos da mesma idade. Estas caracterizam-se por fortes laços de afectividade, na procura de definição de novos referenciais de comportamento e de identidade. Neste sentido, passa a pertencer mais ao grupo de

companheiros, dado que há um tipo de identidade própria (ex: frequência dos mesmos lugares, vestuário, alimentos e actividades comuns). O desconforto físico, a sexualidade, a pressão psicológica exercida pelo grupo, a sedução exercida pelos meios de comunicação e a ansiosa busca de uma identidade, são factores que contribuem para o tornar vulnerável (Kaufman, 2000). Ainda segundo este autor, alguns adolescentes não se sentem preparados para enfrentar as mudanças físicas e psicológicas decorrentes nesta fase, procurando manter-se isolados e/ou manifestando condutas patológicas, entre as quais se encontram os transtornos alimentares.

Considera-se fundamental reflectir sobre o que foi referido e ao centrarmo-nos nas tarefas de vida do adolescente, não nos esquecermos de que, no seu quotidiano, interagem com pais e professores. Caso estes tenham experiências de bem-estar e de realização pessoal e social serão sem dúvida os melhores mediadores e promotores do bem-estar dos filhos e alunos respectivamente, não só pelos modelos sociais que fornecem, como também pelos padrões de expectativa positiva que constituem (Matos 2005).

A educação familiar e a atitude dos pais modelam o sentido e o valor que a criança e o jovem conferem às suas escolhas, que se vão repercutir no seu modo de vida. A escola, para além da transmissão de saberes, possibilita o convívio com os amigos. A influência dos grupos sobre o comportamento do consumidor está suficientemente demonstrada.

Se durante a adolescência o comportamento alimentar do jovem traduz os hábitos alimentares da família, com o crescimento essa influência vai diminuindo. O comportamento alimentar é condicionado por factores exógenos que variam de acordo com a adesão às modas alimentares do momento, quer elas resultem da cultura do grupo, quer dos meios de comunicação social. A publicidade assume um papel importante na sociedade actual, dado que apela à satisfação de necessidades imediatas e impõe novas.

O marketing procura entender a psicologia do jovem e os interesses, com o intuito de vender estilos de vida. No entanto, a maioria dos adolescentes não reflecte sobre os aspectos nutricionais dos alimentos que consome, quer por insuficiência de conhecimentos quer por incapacidade de os pôr em prática.

Peres (1997) refere que, na falta de uma política alimentar orientada para a saúde, que defina a adequação nutricional dos novos alimentos manipulados e da alimentação servida nas cantinas e nos estabelecimentos de restauração, fica-se à mercê

de uma política económica, com repercussões a nível da saúde das populações e avultados encargos financeiros, directa ou indirectamente daí decorrentes.

A sociedade de consumo trouxe benefícios tais como a escolarização de massas, melhoria das condições dos trabalhadores, generalização dos cuidados de saúde primários, maior participação dos cidadãos e melhoria do nível de vida. No entanto, devido à abundância de alimentos e a uma agressiva publicidade há uma grande tendência para procurar o prazer da mesa em detrimento de uma adequada resposta às necessidades alimentares. Estamos de certa forma a “hipotecar” a saúde dos adolescentes, uma vez que os efeitos dos erros alimentares se manifestam a médio/longo prazo.

## **2.2. Saúde/Promoção da saúde**

A concepção de saúde tem variado em função do contexto histórico e sócio-cultural. O conceito de saúde está conotado de múltiplos significados, muitas vezes difíceis de se caracterizar.

Um grande marco histórico é encontrado na *Carta Magna* em que o conceito ganha uma dimensão mais global e holístico, ao ser perspectivado como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Passa então a ser uma perspectiva positiva, onde se inclui a dimensão social e mental e engloba o termo bem-estar, no sentido de equilíbrio e harmonia, destes diversos factores.

Com as sucessivas transformações que o conceito tem sofrido resultam perspectivas multidimensionais, incorporando dimensões de natureza subjectiva e objectiva; as primeiras relacionam-se com a sensação de bem-estar e as segundas com a capacidade funcional do indivíduo. Deste modo, a saúde não deve ser encarada como um fim em si mesma, mas um meio para alcançar uma vida mais produtiva numa determinada sociedade. Com um nível elevado de saúde, o indivíduo pode disponibilizar mais energia para as suas actividades de vida diárias, sejam elas no âmbito profissional, familiar ou social. Saúde é “*um recurso para a vida e não uma finalidade*” (Ottawa, 1986). Perspectivada como um recurso permite pensar que tem um limite. Neste sentido, o indivíduo tem controlo sobre os seus recursos físicos, mentais e sociais, sendo capaz de

se adaptar às alterações do meio e, em simultâneo, contribuir para o bem-estar dum grupo ou comunidade.

Na prática geral dos profissionais de saúde é referenciado, frequentemente, o termo “Promoção da Saúde”. Mas, será o conceito compreendido em toda a sua dimensão e utilizado correcta e adequadamente?

As origens do termo *Promoção da Saúde* dirigem-se para documentos do ministro Canadiense, Marc Lalond (1973), que usam o conceito pela primeira vez num documento denominado “*Uma nova perspectiva de saúde dos Canadenses*” (Pastor Ruiz *et al.*, 1999).

É em 1978, com a realização da Conferência de Alma-Ata, que o conceito de Promoção da Saúde foi sendo construído e clarificado. Assim, além das tradicionais medidas de prevenção e luta contra as doenças, era imperativo o desenvolvimento progressivo das comunidades para a resolução dos seus problemas de saúde. Nas conclusões desta reunião, os teóricos da saúde perspectivaram-na como um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades (Alma-Ata, 1978 *cit in* Saúde Pública, 2005). De acordo com as mesmas fontes, os serviços de saúde devem promover a participação activa das populações com vista à resolução dos seus problemas. Apesar deste facto, os serviços de saúde não podem, por si só, resolver todos os problemas (Navarro, 1995).

Foi a Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde em 1986 a grande impulsionadora do conceito de Promoção da Saúde, da qual resultou a carta de Ottawa, onde Promoção da Saúde é definida como “*o processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. E, para atingir um estado de completo bem-estar, físico mental e social o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio*” (Carta de Ottawa, 1986 *cit in* Saúde Pública, 2005).

A chave do sentido do conceito supra citado está na palavra “*capacitar*”, que, no original, significa “*fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, autorizar para...*”. Neste sentido e também de acordo com Carvalho (2002), será com base na capacitação para empreender práticas saudáveis que o indivíduo alcançará o bem-estar.

Após a carta de Ottawa, surgiram outros documentos gerados nas diversas conferências internacionais sobre o tema. Em Abril de 1988, na Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, seguiram-se as linhas

orientadoras da carta de Ottawa, sendo reforçado o desenvolvimento de políticas favoráveis à Saúde que visam a opção por uma vida salutar pelos cidadãos e propiciam o ambiente físico e social que promova a Saúde (OMS, 1988). Posteriormente, a Carta de Sundsvall (1991) introduziu a importância da criação de ambientes favoráveis à saúde: uma nítida influência de temas ligados à saúde ambiental e a questões ecológicas.

A quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Jacarta (1997), visou uma reflexão sobre o que se implementou para o efeito e as suas determinantes, procurando-se identificar novas direcções e estratégias para enfrentar os desafios da Promoção da Saúde no Século XXI. Foi, nesta Conferência que se estabeleceram prioridades para a Promoção da Saúde, referindo especialmente:

- Promoção da responsabilidade social para com a saúde;
- Aumento dos investimentos para fomentar a saúde;
- Consolidação e expansão de parcerias em prol da saúde;
- Aumento da capacidade comunitária e do direito de voz do indivíduo;
- Garantir uma infra-estrutura para a Promoção da Saúde.

A quinta Conferência Global sobre a Promoção da Saúde ocorrida no México (2000) focou a Promoção da Saúde, na sua vertente social, como forma de melhorar a vida económica e social das populações desfavorecidas. Os principais objectivos desta Conferência foram os seguintes:

- Mostrar como a Promoção da Saúde marca a diferença para a saúde e para a qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas;
- Colocar a saúde no topo da agenda de desenvolvimento internacional, nacional e local;
- Estimular as parcerias para a saúde entre diferentes sectores e a todos os níveis da sociedade.

As sucessivas reuniões internacionais seguiram o desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde com um cariz cada vez mais abrangente, reflectindo a evolução do contexto sócio-económico e político (Tavares, 2003).

A sexta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde realizada em Bangkok (2005) constituiu a “Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde num mundo globalizado”, que reafirma e complementa os valores, princípios e as estratégias para a promoção global da Saúde, estabelecidos na Carta de Ottawa. Para cumprir estes objectivos apelam-se a uma melhor aplicação de estratégias inovadoras de reconhecida eficácia.

A Promoção de Saúde pode ser considerado um “movimento” dirigido para um estado positivo de saúde e bem-estar. O seu âmbito de interacção é multisectorial, requerendo uma concepção de saúde holística. A sua principal função consiste em criar condições que promovam a Saúde, ocasionando alterações na política local, nacional e internacional, mais que uma disciplina a promoção da saúde é um planeamento filosófico global sobre a saúde e qualidade de vida das pessoas (Pastor Ruiz *et al.*, 1999).

Promoção da Saúde passou a ser definida como um processo participativo e permanente que oferece às pessoas autonomia para o seu crescimento e responsabilidade.

A Promoção da Saúde visa criar condições que permitam aos indivíduos controlar a sua Saúde e a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam, nomeadamente os determinantes da saúde. Centra-se nos indivíduos e tem como principal finalidade potenciar os factores protectores do contexto individual e ambiental seguindo um paradigma salutogénico (Diegues, 2002). Foi neste contexto que a Educação para a Saúde (explicitado no ponto 2.9.1.) emergiu como estratégia da Promoção da Saúde e como resposta à necessidade de novas buscas e para os vários e multifacetados problemas de saúde (Baldaia, 2001).

De acordo com Matos (2004), a Promoção da Saúde está relacionada com a tomada de medidas no dia-a-dia, quer a nível individual, quer colectivo. Estas visam a adopção de estilos de vida saudáveis numa opção fácil e prestigiante do ponto de vista do reconhecimento social, bem como uma fonte de prazer e de felicidade pessoal. Este facto é importante na adolescência, dado que por vezes, a adopção de estilos de vida saudáveis é difícil, tornando-se imperioso reduzir as barreiras físicas, económicas e culturais que dificultem a escolha de comportamentos protectores da saúde, de forma a incluir o jovem como parte do processo de controlo e responsabilização sobre a sua própria saúde e a saúde da comunidade. Entre os vários comportamentos inadequados, encontra-se a alimentação desregrada. É, portanto, de premente importância conhecer os hábitos alimentares das populações, principalmente das crianças e adolescentes, a fim de se poder avaliar as situações e agir em casos graves de erros alimentares, de origem cultural.

### 2.3. Saúde: um conceito em mudança

“Saúde”, repete-se com frequência no nosso quotidiano em diferentes situações e de vários modos. É importante perceber o que cada um quer expressar quando fala de saúde, tentando compreender qual é o contexto sócio-cultural e económico do indivíduo que a expressa e o momento em que é referido. De acordo com Honoré (2002), o recurso a este “estado” é sensível e disponível a todas as variações de sentido, segundo os indivíduos, grupos locais e momentos, permitindo-nos perspectivar a saúde na sua globalidade.

Ao analisarmos o conceito ao longo dos tempos, verificamos que, inicialmente, foi encarado numa perspectiva reducionista, como mera ausência de doença. Desta forma, a ideia de saúde reporta-se ao corpo objectivado nos seus órgãos e no seu funcionamento, um corpo não alterado, apresentável, em estado de equilíbrio fisiológico e biológico (Pestana, 1996). Seguindo esta linha de pensamento, saúde é entendida *“como um estado em que nos encontramos quando não sofremos de doença, nem de deficiência, nem incapacidade, de desvantagem ou dependência”* (Honoré, 2002). Nesta perspectiva, a saúde do indivíduo é reduzida às suas estruturas e aos seus processos biológicos e físico-químicos e percebida como oposto à doença.

Com as sucessivas transformações que o conceito saúde tem sofrido, resultam conotações diferentes, apresentando-se como concepção multidimensional com factores de natureza subjectivas e objectivas. As primeiras estão relacionadas com a sensação de bem-estar, as segundas com a capacidade funcional do indivíduo (Terris, 1975 *cit in* Ribeiro, 1994).

Na verdade, a ideia de bem-estar é a mais divulgada, quando se evoca a saúde. Baseada nesta evidência empírica, afirmamo-la como dimensão da existência humana. *“As concepções de saúde aproximam-se das concepções de existência”* (Honoré, 2002). No entanto, esta não é a única interpretação do conceito de bem-estar. De acordo com Cracel (2000) trata-se de um conceito subjectivo. A descrição desta sensação é influenciada por vários factores da comunidade e do meio envolvente. O mesmo indivíduo é capaz de agir de forma diferente, de acordo com o momento e situação. Como advoga Illich (1977) esta relatividade de bem-estar é fundamentada pela diferente forma como cada autor o define. Salienta que o bem-estar é a característica efémera da saúde. Resulta da adaptação do indivíduo à evolução do seu estado de saúde, definido pelas



circunstâncias existentes na sua história de vida particular. Emerge da história de vida do indivíduo e da comunidade.

Saúde como um *estado* e na perspectiva de García Martínez e colaboradores (2000), é uma qualidade vital que afecta a totalidade da própria vida e, enquanto tal, representa um desafio permanente para qualquer definição precisa. Os múltiplos factores que incidem na configuração desse estado (físico, mental, social, cultural, económico, cultural,...) são difíceis de serem analisados e sintetizados a partir de uma disciplina específica ou perspectiva teórica.

Ao concordar que a saúde deve ser perspectivada como um conceito dinâmico e global, salientamos o conteúdo da carta Ottawa; A saúde *“é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama (...) resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde”* (Ottawa, 1986, cit in Saúde Pública, 2005), ou ainda, a saúde é *“a capacidade de cada homem, mulher ou criança de lutar pelo seu projecto de vida, pessoal e original, em direcção ao bem-estar”* (Déjours, 1993). De acordo com esta visão, a saúde é um recurso quotidiano, dinâmico, em que é ponderada a capacidade funcional do ser humano, tendo em consideração os géneros e faixa etária de cada indivíduo, assim como a sua singularidade na conquista dos seus ideais. Cada indivíduo deve saber construir o seu projecto de vida e deverá tomar decisões em liberdade, sem prejudicar a autonomia dos outros, tornando-se activo e participante no seu desenvolvimento individual e comunitário. Nesta perspectiva positivista e global, concebe-se a saúde do indivíduo, como uma situação de equilíbrio corporal e mental, ajustada ao seu meio físico e social. O indivíduo tem controlo dos seus recursos (físicos, mentais e sociais), sendo capaz de se adaptar às mudanças do meio e contribuir para o bem-estar da sociedade, de acordo com as suas capacidades (Ribeiro, 1994).

A definição preconizada em 1946 pela OMS pressupunha que existia uma distinção clara entre saúde e doença. No entanto, com o desenvolvimento científico, tornou-se aceite, pela maioria dos indivíduos, que não é clara essa distinção (Roper *et al.*, 1995). Assim, não é possível obter uma definição universalmente aceite para os conceitos de saúde/doença, dado que são concepções difíceis de objectivar, estados difíceis de “medir”. São conceitos com algum vínculo no desenvolvimento de cada sociedade, representando valores semânticos transformados historicamente, uma vez

que cada sociedade e cada época definiram o seu próprio conceito de saúde e de doença. A consciência desta realidade conduz ao emergir de alguns paradigmas: **mágico-religioso**; o **biomédico** e o **holístico**. Estas descrições diferenciam marcos históricos, pondo em evidência crenças e valores específicos e próprios de cada época (Roper *et al.*, 1995).

O Quadro 1 resume algumas das crenças sobre saúde e doença.

**Quadro 1** – Paradigmas Saúde/Doença

PARADIGMA	Saúde	Doença
<b>Mágico-religioso</b>	Dádiva ou recompensa como sinal da vontade de Deus, ou bênção	Originada por um agente sobrenatural com ou sem Justificação, bruxaria. A causa da doença é mística. <b>Causas:</b> possessão por espíritos malignos, quebra de um tabu, forças sobrenaturais (bruxaria, sacrilégio).
<b>Biomédico</b>	A mente e o corpo são entidades distintas. Existe uma causa para a doença, mesmo que desconhecida. Actividades para a prevenção da doença; recuperação através do exercício, medicamentos, tratamentos e outros meios.	O desgaste, acidente, traumatismo, elementos patogénicos e equilíbrio bioquímico e de fluidos. Existe uma relação causa/efeito para acontecimentos naturais. A vida relaciona-se com estruturas e as funções com as máquinas.
<b>Holístico</b>	Meio ambiente, comportamento e factores socioculturais influenciam a manutenção da saúde e a prevenção da doença. Manter e restaurar o equilíbrio é importante para a saúde.	Doença, desequilíbrio e caos, são o resultado da alteração das leis do universo.

Adaptado de Roper *et al.*, 1995

A teoria da *causalidade subnatural* é um dos modelos primitivos, enquadrado no paradigma mágico-religioso. Segundo a opinião de Bolander (1998) a doença é o resultado de causas sobrenaturais.

O paradigma biomédico integra o modelo *máquina corporal* e a dicotomia “mente-corpo” de Descartes que veio mudar as mentalidades. A doença é entendida como resultado de perturbações fisiológicas, tais como imperfeições na genética, desequilíbrios bioquímicos ou danos provocados por agentes físicos/biológicos.

O *modelo clínico*, na visão da ciência médica, define a saúde como ausência de doença ou funcionamento aberrante. A saúde ou a normalidade identificam-se pela ausência de sinais e sintomas considerados anormais (Longenecker, 1998).

O *modelo adaptativo* refere a saúde como um estado de estabilidade. O indivíduo estável e, por isso, saudável, é aquele que pode reagir, acomodar-se e ajustar-se aos vários agentes do meio interno e externo (Longenecker, 1998).

Com o decorrer dos tempos, novas perspectivas foram surgindo. Ideias mais amplas e abrangentes tentaram explicar ou definir estes conceitos como dinâmicos. Não é suficiente concentrar-se apenas em factores fisiopatológicos da doença. Torna-se necessário construir uma perspectiva holística. O paradigma *holístico* reconhece, assim, a harmonia entre o corpo, a mente e o espírito.

Bolander (1998) faz referência ao *modelo de alto – nível de bem-estar* de Dunn (1959). Para este autor, a saúde é um continuum com diversos pontos, situando-se no topo, o nível mais elevado de bem-estar. O modelo *eudemonístico de saúde*, interpreta-a como um estado ideal de bem-estar vibrante e exuberante, no qual o indivíduo experiencia sensações positivas como a felicidade, a auto-estima, as relações significativas com os outros e uma capacidade óptima de pensar e de agir.

O *modelo da realização do papel* descreve a saúde como a capacidade que o indivíduo tem para realizar eficazmente os papéis e as tarefas para que foi solicitado. Cabe aqui um conceito realista, fundamentado em descrições correntes de normas sociais. As normas de saúde são gamas de variação edificadas que flutuam de acordo com a aprovação social corrente (Longenecker, 1998).

A linhagem do paradigma holístico promove a eliminação da noção dicotómica saúde/doença baseada nos paradigmas anteriores, em que se valorizava o “pathos” (mal). Os modelos patogénicos, na opinião de Garcia Martínez e colaboradores (2000), caracterizam-se por algumas enunciações alusivas de uma apreciação descontextualizada da doença e de uma visão individual dos problemas de saúde centrados na génese da doença. O doente/utilizador assume um papel passivo nos serviços que lhe são prestados para restaurar a sua saúde.

Os modelos que valorizam a saúde são designados de salutogénicos. A sua concepção valoriza a procura de elementos que conduzam o indivíduo para a promoção

ou manutenção da saúde (Antonovsky, 1987, *cit in* Nunes, 1999). Trata-se de modelos que se direccionam para uma focalização mais geral, disponibilizando mais atenção aos factores que rodeiam a origem da saúde (García Martínez *et al.*, 2000).

O Quadro 2 apresenta as principais diferenças entre o modelo patogénico e o salutogénico.

**Quadro 2 – Modelos Patogénico/Salutogénico**

Modelo Patogénico	Modelo salutogénico
Tratamento dos sintomas.	O corpo é visto como um sistema dinâmico
Trabalho especializado, cuidado, direccionado para um determinado órgão.	Procura as causas dos sintomas e implementa tratamento; preocupa-se com a totalidade do indivíduo.
O profissional assume uma postura neutra nas intervenções.	A atenção que o profissional dedica ao indivíduo faz parte do processo de intervenção (psicoterapia, regime alimentar, exercício,...).
As intervenções baseiam-se em actos cirúrgicos e intervenções farmacológicas.	A componente psíquica é o factor principal em todas as patologias.
O corpo é perspectivado como uma máquina em bom ou mau estado.	Procura obter um bem-estar óptimo uma “meta-saúde”.
A componente psíquica é secundária a um problema orgânico.	O indivíduo é (ou deve ser) autónomo.
Procurar eliminar os sintomas da doença.	O profissional é um interlocutor terapêutico.
O indivíduo é dependente do profissional.	A prevenção engloba todos os aspectos da vida humana (Trabalho, relações humanas, motivação)
A prevenção é fundamentalmente individual (nutrição, estilos de vida saudáveis)	

Adaptado de García Martínez *et al.*, 2000

Estes modelos colocam em evidência o efeito das predisposições do indivíduo que, associados aos recursos gerais de resistência à doença (físicos, psicológicos, sociais e espirituais) são responsáveis pela regulação de perturbações patogénicas que possam levar o indivíduo à doença.

De acordo com o que atrás se referiu, a saúde é actualmente, encarada como um processo dinâmico que diz respeito ao bem-estar individual e colectivo. Neste conceito dinâmico, a doença é um processo endógeno e exógeno, resultado das perturbações bioquímicas, fisiológicas ou mentais. Nesta conformidade, torna-se importante apostar em políticas que privilegiem a educação, a higiene, a alimentação, a prática de desporto, a habitação, as acessibilidades, ou seja, uma política assente em medidas preventivas.

O grande desafio deste século é congregar esforços que tendam para práticas preventivas, capacitando os indivíduos e oferecendo-lhes recursos simbólicos para a reelaboração de significados nas suas interações de existência.

## 2.4. A Alimentação

A alimentação é um dos factores ambientais mais importantes para a saúde e bem-estar dos povos. “*A alimentação, através do estado nutricional dela resultante, constitui o factor ambiental com maior repercussão na saúde e na duração da vida*”. De facto, a alimentação implica directamente com os seguintes factores (Peres, 1994):

- Desenvolvimento intra-uterino e suas consequências imediatas e ulteriores para a criança e para o futuro adulto;
- Crescimento, desenvolvimento e maturação durante a infância e a adolescência;
- Ritmo de envelhecimento ao longo do ciclo da vida;
- Comportamentos e desenvolvimento intelectual e psico-afectivo;
- Capacidades e aptidões para aprendizagem e realização de trabalho;
- Imunidade e resistência a infecções e, no geral, à doença;
- Vulnerabilidade para doenças metabólicas e degenerativas.

A carência alimentar, própria dos países subdesenvolvidos, contrasta frequentemente com a dos países desenvolvidos. Nestes, uma percentagem elevada da população pratica, por vezes, uma alimentação abusiva, excessiva e adulterada e um estilo de vida antinatural, daí resultando um aumento de doenças. A natureza dos alimentos fabricados pela indústria, as novas formas de confecção dos mesmos e a atitude dos indivíduos perante a alimentação, podem constituir ameaças para a saúde. Daí que, a generalidade dos nutricionistas afirme que o problema da alimentação não é tanto uma questão de quantidade, mas sim de qualidade.

A comunidade científica considera que práticas alimentares saudáveis na infância e na adolescência são promotoras de saúde, interferindo potencialmente no desenvolvimento físico, intelectual e emocional dos indivíduos (CNAN, 1999). É reconhecido, também, que, um dos factores de insucesso escolar pode advir de uma alimentação incorrecta e desequilibrada – uma criança apática, distraída, triste e com baixo rendimento escolar pode ser uma criança com uma alimentação deficiente.

A frequência de certas doenças pode estar relacionada com os hábitos alimentares das populações. Muitos desses hábitos são condicionados, desde os primeiros anos de vida, por influências externas. Além das condições ecológicas, também o estilo de vida, a estrutura social, as condições de trabalho, a religião e a cultura determinam os hábitos alimentares.

Alguns factores externos e internos influenciam os hábitos alimentares (Carvalho, 1995):

- **Factores sócio-culturais** relacionados com a cultura e tradição de cada região;
- **O estilo de vida** adoptado por cada família faz diversificar os produtos alimentares utilizados nas suas refeições;
- **O custo económico e a disponibilidade** de adquirir os produtos: no litoral, por exemplo, ingere-se mais frequentemente peixe do que no interior;
- **A publicidade** desenfreada quer seja através dos mass-media ou de outros meios e, ainda, o aspecto sugestivo que as embalagens apresentam;
- **Factores fisiológicos** onde se inclui a fome, que varia de indivíduo para indivíduo e as necessidades alimentares, que variam de acordo com a idade, sexo, e a actividade desenvolvida;
- **Factores sensoriais** (textura, cor, cheiro e sabor dos alimentos) que interferem no apetite;
- **Factores psicológicos** relacionados com valores, crenças, hábitos, atitudes que dependem da família e do seu estilo de vida; o auto-conceito de cada indivíduo, ou, o sentimento de segurança ou insegurança.

Segundo Peres (1994) são escassos os Programas de Educação Alimentar e Nutricional, visando estabelecer hábitos alimentares saudáveis na adolescência, em consonância com as grandes mudanças de estilo de vida que se têm vindo a assistir.

Ainda há poucas décadas poder-se-ia considerar Portugal, como um país de dieta mediterrânica tão valorizada em termos da sua qualidade e virtudes salutogénicas. No entanto, por influências várias, que se prendem com a publicidade, a invasão dos mercados, o consumismo e a procura de prazer rápido, bem como o tipo de vida actual, têm contribuído para desvalorizar a gastronomia tradicional substituindo-a por “fast food” (C. E. A., 1999).

Em Portugal, o número de doenças de evolução prolongada é grande e está em franco crescimento. Os hábitos alimentares são, entre outros factores, responsáveis por algumas dessas situações. Muitas das doenças estão fortemente associadas ao aumento do consumo de produtos de origem animal (ricos em gorduras saturadas e proteínas), de

produtos açucarados, de álcool e, ao mesmo tempo, à diminuição da ingestão de alimentos ricos em amido, vitaminas e minerais (Loureiro e Miranda, 1993; Peres, 1994).

A partir do exposto acima é importante conhecer os hábitos alimentares das populações, principalmente dos jovens, e tornar mais objectiva a necessidade de promover uma Educação Alimentar, com vista à Promoção da Saúde que reforce os comportamentos saudáveis e contrarie e combata os mais nocivos.

#### **2.4.1. Noções básicas sobre alimentação**

O nosso organismo necessita de nutrientes que têm como função reparar e substituir as células e os tecidos, obter energia e de todas as substâncias necessárias ao seu bom funcionamento.

Para o adolescente gozar de boa saúde não é suficiente satisfazer apenas as necessidades energéticas do organismo. É necessário atender não só ao valor calórico dos alimentos, mas, também, ao tipo de nutrientes, dado que alguns deles são indispensáveis à regulação das funções do organismo e à produção das estruturas das próprias células. Assim, numa alimentação correcta para jovens devem estar presentes prótidos, lípidos, glícidos, água, sais minerais e vitaminas em teores adequados, o que implica que **para fazer uma escolha adequada é muito importante conhecer a composição dos alimentos**, para além da função dos nutrientes.

A dieta equilibrada deve permitir cobrir as necessidades alimentares dos adolescentes, ser agradável ao paladar e ao gosto e estar em consonância com a cultura e os respectivos hábitos alimentares (OMS, 1998).

A Roda dos Alimentos (Figura 1) ou a Pirâmide Alimentar permitem, de um modo simples e correcto, saber o que se deve incluir na dieta para satisfazer todas as necessidades alimentares. Tem por objectivo a promoção de uma alimentação completa, equilibrada e variada. Está organizada em sete grupos de alimentos, evidenciando-se também o consumo de água (FCNAUP, 2003).



**Figura 1** – Roda dos Alimentos Portuguesa, de 2003

Nesta Roda são ainda apresentadas as seguintes recomendações, que se revertem da maior importância para os adolescentes (FCNAUP, 2003):

- No que concerne ao consumo de bebidas, para além da água, apenas são recomendados sumos de fruta naturais e os chás sem cafeína. Todas as outras bebidas devem ser excluídas;
- O café, alguns chás e refrigerantes com cafeína estão desaconselhados;
- Os alimentos ricos em açúcares não devem ser consumidos diariamente e convém que sejam reservados, de preferência, para festas e para o fim das refeições;
- O sal, cujo consumo deve ser inferior a 5g diárias, deve ser substituído por ervas aromáticas e especiarias;
- A todos estes factores, acresce a necessidade de manter um peso saudável – necessário a um bom estado de saúde, sendo importante a prática moderada e regular da actividade física.



As orientações que a Roda transmite para uma **alimentação saudável, a ser seguida pelos adolescentes**, são as seguintes:

- **completa** – a alimentação diária deve incluir alimentos de cada grupo e água;
- **equilibrada** – consumir alimentos nas proporções indicadas;
- **variada** – ingerir alimentos diferentes dentro de cada grupo, variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.

Por considerarmos da maior importância a qualidade e o número refeições que os adolescentes devem praticar diariamente, apresentamos nesse sentido algumas sugestões:

**Começar o dia com um bom pequeno-almoço (completo e equilibrado).** Esta refeição deve conter fruta, leite meio gordo ou iogurte corrente natural e pão, preferencialmente escuro, que pode ser substituído por cereais (*muesli*, flocos de trigo ou milho). Segundo Moreira (1999), esta refeição deverá contribuir com cerca de 20% a 25% das calorias totais diárias. Reconhece-se que a função cerebral é particularmente sensível às variações de aprovisionamento de nutrientes, afectando os níveis de desempenho escolar, o que implica que a referida refeição não deva ser omitida.

A **merenda da manhã** deve ser leve, de fácil digestão, variada e mais pequena que o pequeno-almoço. Deve, globalmente, conter fruta, pão e um produto lácteo.

O **almoço** deverá ser tomado à mesa e em ambiente calmo. Pode ser constituído por massa, ou qualquer componente glicídico, carne, peixe ou soja, verduras cruas ou em sopa e fruta.

A **merenda da tarde** pode ser uma boa altura para variar de alimentos que ainda não tenham sido consumidos até esta altura do dia. Pode conter pão, tomate, fiambre ou alimento semelhante, qualquer produto lácteo ou fruta.

O **jantar** deverá ter composição idêntica ao almoço. Deve ser leve, isto é, de digestão fácil.

A **ceia** é dispensável para os adolescentes que se deitam cedo. Para os outros, dever conter um produto lácteo e uma fatia de pão.

A **dieta mediterrânica constitui um exemplo de uma alimentação saudável** e que deveria novamente ser retomada por adolescentes e adultos. Define-se dieta mediterrânica, como um modelo equilibrado e saudável, que se praticava nos países do Sul da Europa (Grécia, Itália, Espanha e Portugal) no início da década de 60, (Cruz, 1997). Constatou-se que os indivíduos adultos dessas regiões apresentavam taxas baixas de doenças cardiovasculares e certos tipos de tumores, quando comparadas com

os de países do Norte da Europa e dos Estados Unidos da América (Bruzos e Boticário, 1997).

A dieta mediterrânica apresenta as seguintes características:

- Elevado consumo de frutas e verduras, ricos em fibras (pectinas), compostos antioxidantes, vitamina C e beta-carotenos;
- Consumo de azeite;
- Elevado consumo de peixe (especialmente gordo), que aumenta os ácidos gordos polinsaturados (ómega 3) e a vitamina F, e redução de carne;
- Grande consumo de leguminosas, que fornecem minerais (Mg, Ca) e fibra;
- Consumo de produtos lácteos, fonte importante de cálcio;
- Baixo consumo de açúcar, manteigas e margarinas;

Apesar das indubitáveis vantagens da dieta mediterrânica, infelizmente é sabido que a população portuguesa, principalmente os jovens, começam a adquirir padrões alimentares diferentes (Nunes e Breda, 2001). Assim, assiste-se a uma grande redução no consumo de fruta fresca e de legumes e a um aumento no consumo de carne, de gorduras saturadas e de açúcar, como revelaram recentes investigações desenvolvidas com adolescentes (Matos *et al.*, 2003).

Em suma, torna-se imprescindível informar a população em geral e os adolescentes em particular sobre as regras da alimentação racional (suficiente, equilibrada), no sentido de evitar hábitos prejudiciais.

#### **2.4.2. Importância de uma alimentação saudável na adolescência**

A alimentação saudável deveria ser uma parte integrante da vida diária, de modo a contribuir para o bem-estar físico, psicológico e social. Com efeito, a importância de uma boa alimentação na promoção da saúde e na protecção contra infecções e outras doenças é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998).

Uma alimentação saudável ajuda as crianças e os adolescentes a atingirem todo o seu potencial para a aprendizagem, dado que a nutrição interfere no seu desenvolvimento intelectual e, consequentemente, na sua capacidade de aprendizagem.

Por outro lado, as pessoas em geral, as crianças e os adolescentes em particular, se estiverem bem nutridas têm menor probabilidade de adoecer, já que o seu sistema imunitário está fortalecido (Castro, 2001).

Durante as últimas décadas, a melhoria nas condições gerais de vida, inclusive da dieta, conduziu a um aumento da estatura/altura das crianças. Este facto foi muito notável nos países da Europa do Sul (Dixey *et al.*, 1999).

Várias investigações evidenciam que há indicadores de que a doença crónica começa na juventude e, por vezes, mais cedo (Carvalho e Silva, 2000; Almeida, 2002). A obesidade é um exemplo. Uma boa nutrição, desde o início da vida, contribui para uma maioridade e velhice saudáveis. Nos indivíduos correctamente alimentados, as doenças agudas e crónicas tendem a ser menos frequentes, menos severas e de duração mais curta.

Segundo Wolinsky e Hickson (2002), a alimentação adequada optimiza o desempenho atlético dado que reduz a fadiga, o que permite treinar por mais tempo.

A alimentação saudável favorece uma melhor imagem corporal, de extrema importância para a auto-estima, acarretando bem-estar psicológico e social ao longo da vida.

As mulheres beneficiam particularmente da adopção de padrões alimentares racionais, uma vez que muitos dos problemas associados ao parto, tais como hemorragias e infecções podem ser reduzidos.

Favorece a economia individual, familiar e social. Crianças bem nutridas tornar-se-ão adultos mais saudáveis, e, por isso, poderão ser claramente mais produtivas e capazes de assumir com mais facilidade as suas responsabilidades como cidadãos.

O estabelecimento de padrões alimentares saudáveis na infância e na adolescência é essencial para o desenvolvimento dos jovens e para a manutenção desse padrão ao longo da vida com reflexo positivo na saúde dos adultos. É nessas fases que se criam ou se consolidam hábitos alimentares que permanecerão ao longo da vida (Loureiro, 1999; Dixey *et al.*, 1999; Seamam, 1995). Por estes motivos, é importante sensibilizar, fornecer conhecimentos, desenvolver atitudes e capacitar os jovens a adoptarem padrões de nutrição saudáveis para promoverem a sua própria saúde.

Os excessos de consumo de gorduras, sal e de açúcar e as carências de nutrientes são determinantes neste período de crescimento rápido.

Pelo exposto acima, constata-se que a alimentação tem uma enorme influência no metabolismo humano, sendo um dos instrumentos mais poderosos na prevenção de um grande número de doenças. Assim sendo, a alimentação constitui um factor responsável e bastante decisivo na saúde individual, cabe aos dirigentes de qualquer país criar medidas políticas e educativas, de modo a evitar que as crianças e os adolescentes estejam propensos à obesidade e a doenças relacionadas com dietas desadequadas.

### **2.4.3. Conhecimentos, atitudes e comportamentos alimentares dos adolescentes portugueses relativamente a uma alimentação saudável**

Apresentam-se, seguidamente, um conjunto de investigações desenvolvidas no nosso país, nos últimos anos, numa tentativa de caracterização dos conhecimentos em alimentação e das atitudes e comportamentos alimentares dos adolescentes portugueses.

Para salientar a importância da informação, nesta área, a investigação realizada com 638 adolescentes (dos 12 aos 19 anos de idade) do Concelho de Lisboa (Cruz *et al.*, 2000), comprovou que os alunos com maior “score” de conhecimentos sobre alimentação apresentam a percentagem mais elevada de almoços e de jantares de melhor qualidade nutricional e uma frequência alta de consumo de alimentos saudáveis – peixe, sopa, salada, fruta e sumos naturais. Estes alunos também apresentaram o consumo diário mais baixo de bolos e de refrigerantes. Estes factos revelam a necessidade de incutir conhecimentos fundamentais para a promoção de comportamentos alimentares adequados, tendo merecido a atenção de vários estudiosos. Assim, aos profissionais de Educação para a Saúde e, particularmente da Educação Alimentar, é colocado um desafio para informar e responsabilizar os jovens.

Uma investigação de Calado (1998), envolvendo 185 adolescentes de Rio Maior, dos 15 aos 19 anos, que procurava caracterizar os conhecimentos, atitudes e comportamentos alimentares quanto às gorduras e fibras alimentares, revelou os seguintes resultados:

- ♦ Uma elevada percentagem de alunos desconhecia a composição nutricional da maionese, do ovo e do gelado;
- ♦ A maioria dos adolescentes fez uma identificação correcta no conhecimento da relação “alimento – nutriente” no que respeita aos alimentos ricos em fibra. Contudo, relativamente ao arroz, apenas 43,5% desses adolescentes o associaram correctamente às fibras;
- ♦ Destacou-se como preocupante a elevada percentagem destes jovens que afirmou desconhecer a composição em fibras dos alimentos, tendo 15,2% dos alunos referido o pão como alimento rico em gorduras.

Globalmente, a prevalência do desconhecimento da relação alimento-nutriente na população em estudo era de 46,1%. Na opinião de Calado (1998), este elevado índice de desconhecimento pode ser o reflexo de inadequações dos *curricula* escolares.

Outra investigação, realizada por Santos (1999), relacionada com práticas de estilos de vida, em 415 jovens estudantes de Carnaxide, dos 12 aos 15 anos, também demonstrou que as noções dos alunos sobre o valor nutritivo dos alimentos não eram as mais adequadas. Numa questão onde se solicitava que associassem a importância de um conjunto de alimentos à saúde, constatou-se o seguinte: a *Coca-Cola* é benéfica à saúde (3,7%), relativamente à carne, peixe, leite e derivados e ovos (88,9%); apenas 6% refere que a sopa é benéfica para a saúde. É de salientar que os inquiridos não mencionaram as leguminosas secas como importantes para a saúde. Neste mesmo estudo, 29% dos adolescentes referem que o queijo e a manteiga são alimentos muito ricos em vitamina C, considerando-os prejudiciais à saúde. Esta investigação revelou, ainda, que o padrão alimentar dos jovens era constituído essencialmente por fornecedores de hidratos de carbono simples e por gorduras em excesso. Observou que havia um número significativo de jovens que ingeria doces (86,4%) e refrigerantes (85,2%). Ainda segundo este estudo, metade dos adolescentes inquiridos faziam em média 4 refeições por dia. Contudo, 6,2% não faziam a primeira refeição do dia e a ceia era feita apenas por 16,0% da amostra. A maioria dos adolescentes (75,3%) ingeria leite e iogurte duas a três vezes por dia.

Candeias (2003), ao tentar caracterizar os conhecimentos sobre alimentação dos alunos do 3º ciclo da Escola Básica 2/3 de S. João da Madeira, observou o seguinte:

- ◆ À concordância/discordância com a afirmação *Basta fazer três refeições por dia* responderam afirmativamente 26% de alunos do 7º ano, 18% do 8º ano e 20% do 9º ano;
- ◆ As afirmações *o leite contém proteínas de boa qualidade* e *o leite contém cálcio* mereceram concordância quase total (96% do 7º ano, 100% dos 8º e 9º anos);
- ◆ O número de alunos que concorda com a afirmação de que *os legumes não são importantes na alimentação* foi de apenas 5,7%, na totalidade.
- ◆ A percentagem dos alunos que considera que *é melhor comer carne do que peixe* é razoável (6% no 7º ano, 10% no 8º ano e 4% no 9º ano);
- ◆ A concordância com o item *acha que se pode consumir chocolates todos os dias*, reflectiram consumos de 5,6% no 7º ano, 5% no 8º ano e 3% no 9º ano;
- ◆ O número de alunos que *concorda que podem beber vinho*, é bastante expressivo (9,3% no 7º ano, 17,5% no 8º ano e 32,6% no 9º ano);
- ◆ Quanto ao item *na minha idade não preciso de me preocupar com as gorduras, só quando for mais velho* verifica-se que há uma tendência decrescente de

valores à medida que a idade aumenta (14,8% no 7º ano, 7,5% no 8º ano e 8,7% no 9º ano);

- ♦ Um número significativo de alunos concorda que *se comer em quantidade suficiente não precisa de se preocupar em variar os alimentos* (24,1% no 7º ano, 20% no 8º ano e 17,4% no 9º ano);
- ♦ A quase totalidade da amostra afirma conhecer a Roda dos Alimentos. Contudo, alguns erram quando questionados sobre o maior e o menor grupo. Além disso, a maioria concorda com a afirmação de que *o leite, a carne e o peixe pertencem ao mesmo sector da Roda* (77,8% do 7º ano, 67,5% do 8º ano e 78,3% do 9º ano).

Curiosamente, este estudo de Candeias (2003), que também tinha como finalidade analisar comportamentos alimentares, revelou que estes alunos com consideráveis desconhecimentos em alimentação, como se pode verificar, omitiam frequentemente refeições intercalares (lanche da manhã e lanche da tarde), por vezes, falta do pequeno-almoço, baixo consumo de sopa, de legumes e de fruta e um elevado consumo de refrigerantes e guloseimas.

Numa pesquisa efectuada por Figueiredo e colaboradores (1994), em 572 alunos com idade compreendida entre os 8 e 14 anos, verificou-se que o arroz e a batata foram os alimentos mais consumidos ao almoço e jantar. O consumo de leguminosas foi baixo (17,6% almoço e 10,8% jantar). Revelou-se reduzido também o consumo de hortaliças e/ou saladas, cujas percentagens foram de 34,2% e 22,7% respectivamente. Em relação ao leite, mais de metade do grupo analisado apresentou consumo inferior ao recomendado. A maioria dos alunos (68,2%) consumia, alternadamente, carne, peixe ou ovos, duas vezes por dia. O consumo de frutas foi considerado insuficiente, uma vez que cerca de metade dos alunos não tinha o hábito de as ingerir diariamente. Em relação ao açúcar, 22,4% dos alunos referiram que não o utilizavam, mas 26% dos alunos referiram consumos de refrigerantes açucarados. Outra constatação importante dos autores, diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, relatado por 51,8% dos alunos, dos quais 15,2% tinha o hábito de ingeri-las uma ou mais vezes por dia. As bebidas mais citadas foram o champanhe e o vinho.

Com o intuito de se avaliarem os conhecimentos e os hábitos alimentares de jovens praticantes de várias modalidades desportivas, foram realizados estudos, onde se verificou que os conhecimentos sobre alimentação eram rudimentares (Marques-Vidal, Velho e Soares, 2001).

Uma investigação de Almeida e Correia (1994), desenvolvida em alunos do 2º ciclo da Figueira da Foz, e baseada numa intervenção construtivista-cognitivista, através

da qual pretendiam demonstrar a possibilidade de influenciar positivamente os comportamentos alimentares, mostrou-nos, ainda, alguns dos conhecimentos destes alunos nesta área:

- ♦ Num primeiro questionário (antes da implementação), 74,72% dos alunos indicaram que seria ideal realizar quatro refeições por dia;
- ♦ Quando convidados a indicar a localização de alguns alimentos na Roda, o grupo de controlo obteve uma percentagem de 58,04% de respostas certas e o grupo em estudo obteve 26,09%; após a intervenção, em questão idêntica, a percentagem do grupo de controlo desceu para 54,59% e a do grupo em estudo subiu para 56,82%.
- ♦ Na escolha da melhor merenda, o grupo em estudo suplantou em 14,11% a percentagem de respostas certas em relação ao grupo de controlo.

Esta investigação revelou ainda, uma evolução positiva no grupo em estudo, após uma intervenção relativamente aos consumos mensais de alimentos como o leite, iogurte, queijo, ovos, salada e legumes cozidos, aconselhados para este grupo etário. Verificou-se, também, uma evolução positiva consistente no grau de preferência dos alunos do grupo em estudo por alimentos saudáveis e necessários ao seu bom desenvolvimento e crescimento, quer por comparação com as preferências iniciais do mesmo grupo, quer com as do grupo de controlo.

Outro estudo efectuado em jovens com uma idade média de 14 anos de idade, dos 8º e 9º anos, numa Escola Básica 2/3 da área do Centro de Saúde de Aldoar, permitiu concluir que os jovens manifestaram uma grande falta de informação relativamente a assuntos relacionados com a alimentação e a nutrição. Este estudo revelou ainda que a alimentação destes adolescentes era nutricionalmente desequilibrada (Nicola *et al.*, 2001).

Como já foi referenciado, Portugal tem participado em vários estudos sobre comportamentos ligados à saúde. Estes têm decorrido em colaboração com vários países europeus que integram a rede de investigação Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS), patrocinada pela Organização Mundial de Saúde. Esta investigação foi inicialmente desenvolvida com estudantes de idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos. No estudo mais recente – 2002 – envolveu ainda o grupo dos 16 anos de idade ou superior, desde que pertencente ao décimo ano de escolaridade. Foram seleccionadas aleatoriamente 135 escolas públicas de uma lista nacional (de cinco regiões escolares), constituindo uma amostra representativa da população escolar portuguesa das idades indicadas no protocolo internacional (Matos *et al.*, 2003). Em síntese, comparando os

comportamentos verificados em 1998 com os de 2002, pode concluir-se que o consumo de fruta diminuiu em todos os grupos de idades, excepto no grupo dos 11 anos. Verificou-se, ainda, um aumento do nível de consumo de colas e outros refrigerantes em todos os grupos. No que respeita ao consumo de hambúrgueres, cachorros quentes e/ou salsichas detectou-se um aumento de consumo no grupo dos rapazes e uma diminuição do consumo no grupo das raparigas. Nos grupos etários de 11, 13 e 15 anos notou-se uma diminuição de consumo, enquanto que no grupo de 16 anos ou mais, se verificou um aumento do consumo deste tipo de alimentos. Também se verificou um aumento do nível de consumo de doces e chocolates, nos dois sexos e em todos os grupos de idades (Matos *et al.*, 2003). Este desvio da dieta tradicional, poderá justificar desequilíbrios na saúde e revela ainda o descontentamento com a imagem corporal. Detectou-se, ainda, de 1998 para 2002, um aumento tanto nos rapazes como nas raparigas, do número de casos com excesso de peso.

Num estudo desenvolvido na Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, observou-se que, uma elevada percentagem de jovens, dos 11 aos 13 anos, apresentava uma alimentação desequilibrada. Além disso, verificou-se excessivo o consumo de proteínas, gorduras e açúcares simples e insuficiente a ingestão de hidratos de carbono complexos e fibras (Almeida *et al.*, 2001).

Com o intuito de conhecer os hábitos alimentares de estudantes do ensino secundário do concelho de Sintra, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, Janicas e colaboradores desenvolveram um estudo, tendo verificado um padrão alimentar desequilibrado em que 15% dos adolescentes omitiam o pequeno-almoço.

A partir desta breve revisão bibliográfica, constata-se que os padrões alimentares dos jovens são deficientes. Assim, torna-se necessário utilizar meios adequados para a adopção de comportamentos alimentares e estilos de vida saudáveis. Para isso é necessário compreender os factores determinantes dos estilos de vida dos indivíduos, nomeadamente dos comportamentos alimentares. Além do conhecimento das atitudes, é necessário conhecer os comportamentos dos adolescentes, condição que é determinante para poder intervir adequadamente em estratégias preventivas (Matos *et al.*, 2003).

Podemos inferir que um elevado nível de conhecimento e informação sobre questões alimentares é um princípio fulcral, ainda que não decisivo, na prática de uma alimentação saudável.



## 2.5. Factores determinantes dos hábitos alimentares/comportamento alimentar

O papel da família na Educação Alimentar é inquestionável. Por isso, é importante educar e envolver a família. Além da família, a escola pode assumir uma particular importância, na medida em que pode oferecer um contexto de aprendizagem formal sobre esta e outras matérias, complementando o papel familiar (Mendoza *et al.*, 1994; Nunes e Breda, 2001).

A etiologia dos comportamentos alimentares é multifactorial, pelo que nenhum factor isolado é suficiente para explicá-los. Qualquer tentativa para encorajar os indivíduos a comer saudavelmente tem que ter em conta todos esses factores (Dixey *et al.*, 1999).

O desejo de independência, a procura de identidade, a maior participação em actividades sociais ou a disponibilidade de tempo podem contribuir para que os jovens consumam um maior número de refeições fora de casa, omitam refeições, ou adoptem práticas alimentares desajustadas (Rees, 1992).

Em síntese, consideram-se determinantes do comportamento alimentar do adolescente os seguintes factores:

- ◆ A ingestão alimentar com o objectivo de aliviar a fome, uma vez que, não possui, muitas vezes, a percepção de que o alimento é fonte de energia e de nutrientes indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento;
- ◆ Em certas ocasiões, a alimentação pode ser vista como uma forma de aliviar tensões ou mesmo de contestação da autoridade, com quebra de padrões entre os quais os hábitos alimentares da família;
- ◆ A necessidade de aceitação no grupo é muito importante, consequentemente adequarão os seus padrões alimentares às expectativas do grupo, deixando-se influenciar pela moda;
- ◆ Desenvolvem preocupações ligadas ao corpo e à aparência;
- ◆ O fácil acesso e o estímulo da publicidade ao consumo de refeições rápidas podem, também, contribuir para modificar os hábitos alimentares.

De seguida, caracterizaremos apenas alguns dos factores determinantes dos comportamentos alimentares dos jovens.

### **2.5.1. Influência educativa da família**

A família ao assegurar a alimentação do jovem, constitui modelos para o comportamento, transmite conhecimentos, desenvolve atitudes, práticas e preferências alimentares que vão condicionar os seus hábitos futuros (OMS, CCE, CE, 1995; Seamam, 1995; Watiez, 1995; Moreira e Peres, 1996; Dixey *et al.*, 1999).

Contento (1995) alerta para a necessidade do desenvolvimento de uma investigação mais apurada, no sentido de esclarecer o efectivo papel da família no padrão alimentar dos adolescentes, uma vez que os jovens se tornam menos dependentes dos pais.

Todavia, segundo Story, citado por Moreira e Peres (1996), o autoritarismo ou permissividade excessiva dos pais e disfunções nas relações familiares parece repercutir-se na alimentação dos adolescentes, surgindo o risco dos jovens passarem a utilizar os alimentos de uma forma desequilibrada. De facto, o desenvolvimento de padrões desajustados de alimentação pode estar associado a conflitos familiares (Machado e Gonçalves, 1999).

Para além dos factores já referidos, com o crescimento das crianças, a família vai perdendo o seu papel central. Surgem, então, outras fontes de influência – consideradas agentes de sociabilização secundária – como o meio e a escola – a marcar o seu impacto. Contudo, a influência da família continua a ser importante na adolescência, pelo que a bibliografia sugere amplamente as vantagens do seu envolvimento em programas de Educação Alimentar, destinados a crianças e adolescentes (Contento, 1995; Pérez-Rodrigo e Aranceta, 1997).

Por último, é fundamental o estudo dos estilos de comunicação entre pais e filhos, no sentido de se efectivar uma melhor compreensão da forma como os conhecimentos, as atitudes e outros aspectos relativos à nutrição são transmitidos, com benefício para todos, numa perspectiva de Educação Alimentar.

### **2.5.2. Influência educativa do grupo de amigos/pares**

O grupo de pares é um dos mais importantes microssistemas que contribui para a formação e modificação dos valores e atitudes no que concerne à alimentação, especialmente na adolescência (Moreira e Peres, 1996). É por esta razão que se tem verificado uma crescente atenção conferida nos programas de educação e promoção para a saúde, à chamada “educação por pares”. Trata-se de um enfoque educativo

recente, em que são utilizadas as pressões do grupo e dos seus líderes, no sentido positivo de modificar o comportamento dos alunos. Esta é uma abordagem que prevê o envolvimento activo e participativo de um grupo particular de jovens, formado para o efeito, e portador de um determinado perfil, como principais actores na dinamização de estratégias de intervenção.

Segundo Harden e colaboradores (2001) esta abordagem tem potenciais vantagens: os pares são fontes mais credíveis de informação do que os adultos, tradicionalmente implicados neste processo; o contacto continuado com os pares é um factor que reforça a efectividade do processo de aprendizagem, podendo ser particularmente úteis junto dos jovens em risco.

### **2.5.3. Imagem corporal**

A “ditadura da linha” e a difusão de um “corpo delgado” e longilíneo que, muitas vezes, está associado a imagens de popularidade, inteligência e atracção, com frequência destacado nos meios de comunicação, pode estar na origem de comportamentos de omissão de refeições ou como adopção de regimes alimentares carenciados ou desequilibrados.

Carmo e colaboradores (1997 citado em Moreira, 1999), verificou que grande percentagem das raparigas inquiridas, embora apresentassem peso normal, ou baixo, gostariam de ser mais magras.

De facto, as preocupações com o corpo são cada vez maiores nos adolescentes e, particularmente, nas raparigas, como confirmam vários estudos (HBSC/OMS 1998, 2002; Currie *et al.*, 2000; Matos *et al.*, 2003).

A preocupação com a imagem corporal afecta fortemente a escolha alimentar de muitos adolescentes, podendo assumir dimensões preocupantes chegando a manifestar-se pela ocorrência de perturbações de comportamento alimentar, como é o caso da anorexia e bulimia (Machado e Gonçalves, 1999).

## **2.6. Estado nutricional/avaliação nutricional**

Estudos realizados ao estado nutricional das populações jovens de países ricos e também de regiões menos desenvolvidas têm revelado a redução da incidência das

doenças infecto-contagiosas e a elevada incidência de doenças metabólicas e degenerativas, das quais se destaca, como já foi mencionado a obesidade (OMS, 1998).

Considera-se determinante conhecer o estado nutricional dos adolescentes. Para o efeito, procedendo-se à sua avaliação nutricional, com base em parâmetros antropométricos, actuaremos preventivamente e estaremos a contribuir de forma eficaz para a redução da prevalência de doenças metabólicas e degenerativas.

### **2.6.1. Avaliação antropométrica**

Como método de avaliação nutricional, a antropometria tem sido amplamente utilizada pela simplicidade de aplicação, pelo baixo custo e por ser um método não invasivo. Este método avalia o tamanho, proporções e composição do corpo humano. Além disso, o crescimento da criança e as dimensões do corpo, em todas as idades, reflectem o estado de saúde e bem-estar dos indivíduos e populações, podendo a antropometria ser usada para estimar condições de saúde e de vida (OMS, 1998).

Os parâmetros frequentemente utilizados na avaliação nutricional são o peso, a altura, o perímetro da cintura e o da anca. Destas medidas derivam os índices antropométricos: a razão numérica peso/altura<sup>2</sup>, estabelecida para os adolescentes com pontos de corte, relativamente ao percentil, sexo e idade – **Índice de Massa Corporal (IMC)**; o perímetro da circunferência da cintura (C); o perímetro da circunferência da anca (A), que definem a razão cintura anca – **Relação Cintura Anca (RCA)**, entre outros (OMS, 1995).

#### **2.6.1.1. Índice de Massa Corporal (IMC)**

O IMC, também denominado Índice de Quetelet, quando aplicado a adolescentes deve ser percentilado e tem como base tabelas de referência: valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao 95 permitem fazer o diagnóstico da pré-obesidade; valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico da obesidade.

O “Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescence Preventive Service” aconselha a utilização do Índice de Massa Corporal para avaliação antropométrica de adolescentes, o qual é proposto como indicador para avaliar, tanto a magreza, como o excesso de peso e a obesidade (Himes e Dietz, 1994).

No presente estudo, o IMC dos adolescentes foi classificado, segundo os percentis relativos, de acordo com o sexo e as diferentes idades, tal como determina o Referencial Internacional CDC de 2000 (Quadro 3).

**Quadro 3** – Pontos de corte para a classificação do IMC

Classificação	Variável	Ponto de corte
Baixo Peso ( <b>BP</b> )	IMC/idade	percentil $\leq 5$
Peso Normal ( <b>PN</b> )	IMC/idade	percentil $> 5$ e $< 85$
Excesso de peso ( <b>EP</b> )	IMC/idade	percentil $\geq 85$ e $< 95$
Obesidade ( <b>O</b> )	IMC/idade	$\geq$ percentil 95

**Fonte:** CDC Centers for Disease Control Prevention ([www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/bmi-for-age.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/bmi-for-age.htm))

As curvas percentiladas do referencial CDC (2000), para rapazes e raparigas dos 2 aos 20 anos (Anexo 1 e 2) são recomendadas pela OMS, a qual propõe e incentiva a criação de pontos de corte correspondentes entre adultos e crianças.

#### 2.6.1.2. Relação Cintura Anca (RCA)

Os valores normais do perímetro da cintura são os seguintes:

- Homens:  $< 100$  cm
- Mulheres:  $< 95$  cm

Acima destes valores considera-se que existe obesidade abdominal.

Considerando a razão do perímetro da circunferência da cintura e o da anca, estabelece-se a Relação Cintura-Anca (RCA), que deve apresentar os seguintes valores normais:

- $< 1,0$  nos homens;
- $< 0,8$  nas mulheres.

A gordura depositada na região abdominal (**andróide**) acarreta maiores riscos para a saúde do que se estiver concentrada na região da anca e coxas (**ginóide**) (Fig. 2).



**Figura 2** – Relação cintura/anca – Andróide e Ginóide

## 2.7. Doenças do comportamento alimentar

Entre as doenças mais frequentes provocadas por erros alimentares contam-se a obesidade, a anorexia e a bulimia.

A obesidade corresponde a um aumento de reservas de lípidos no organismo sob a forma de tecido adiposo. Esta patologia quando se manifesta na infância e na adolescência relaciona-se com um elevado risco de desenvolvimento de doenças crónicas, tais como as cardiovasculares, a hipertensão, a diabetes e algumas formas de cancro. De referir que a diabetes tipo I atinge 20 mil portugueses, sendo estes insulínod dependentes. Este tipo de diabetes aparece, mais frequentemente, entre os 11 e os 14 anos e mantém-se ao longo da vida (Direcção Geral de Saúde - DGS, 2000).

No *Relatório de Saúde no Mundo em 2002*, a OMS (2002) assinala a obesidade – tal como os hábitos tabágicos e o abuso do álcool – como um dos dez principais factores de risco para a saúde.

A alimentação constitui um factor responsável e bastante decisivo na saúde individual dos jovens. Resta aos dirigentes de qualquer país criar medidas políticas e

educativas dentro de contextos específicos (escolas, hospitais) de modo a evitar que as crianças e os adolescentes de hoje estejam predispostos à obesidade e a doenças relacionadas com dietas, em fases posteriores das suas vidas. Deste modo, melhorar-se-á com certeza a saúde colectiva.

### **2.7.1. Obesidade infantil e juvenil**

De acordo com Carmo (2001) é inquietante o aumento da prevalência da obesidade infantil e juvenil tanto em Portugal como noutros países. A situação é de tal modo grave que *“se pensa que a actual geração de crianças e adolescentes, será a primeira a ter uma esperança de vida menor que a da geração precedente”*.

A obesidade é o resultado de diversas interações, entre as quais sobressaem os aspectos genéticos, ambientais e comportamentais (Mello, 2000). Exerce efeitos adversos na saúde, afectando o bem-estar físico e psicossocial dos indivíduos e representa a segunda principal causa de morte prematura evitável em países desenvolvidos. Constitui um problema de saúde pública, típico dos tempos modernos, decorrente de maus hábitos alimentares aliados à falta de actividade física.

### **2.7.2. A Obesidade como problema de saúde pública**

Os órgãos competentes encontram-se preocupados na procura de alternativas para controlar o aumento da prevalência da obesidade. São notícia recente a criação de projectos de atendimento à obesidade pelos serviços de saúde<sup>1</sup>, a criação de campanhas de promoção para o desenvolvimento de bons hábitos alimentares<sup>2</sup> e a instituição de programas para o acompanhamento da obesidade mórbida.

Nos países desenvolvidos verifica-se uma relação inversa entre o nível sócio-económico e a prevalência de obesidade, representando os seus custos económicos 2 a 7% dos custos totais da saúde. Estima-se que, em Portugal, os custos directos da obesidade absorvam 3,5% destas despesas. De acordo com Pereira e Mateus (2003), os custos indirectos (valor da produção perdida) associados à obesidade em Portugal no ano de 2002, foi estimado em 199,8 milhões de euros.

---

<sup>1</sup> Programa Nacional de Combate à Obesidade (Circular Normativa Nº: 03/DGCG Data: 17/03/05)

<sup>2</sup> Campanha “Comer Saudável” promovida pela Direcção Regional de Educação do Centro e instituída em Fevereiro de 2006. “Vitalidade XXI - A Indústria Alimentar por uma vida saudável” promovida pela FIPA

Segundo a OMS (1998), a tendência secular de aumento da prevalência de obesidade é registada na América, Europa e região ocidental do Pacífico (Austrália e Samoa). Na África e na Ásia, a obesidade tem baixa prevalência, sendo mais comum em populações urbanas. Na Europa, os únicos países que não sofreram um aumento da prevalência nos últimos 10 anos foram os países baixos e os escandinavos. De salientar que correspondem aos países que investiram fortemente no estudo e prevenção da obesidade, assim como nas estruturas públicas para a prática do exercício e o uso dos transportes urbanos.

Portugal é o segundo país europeu com maior prevalência de excesso de peso e obesidade infantil, situando-se nos 31,5 % as crianças portuguesas entre os sete e os nove anos que apresentam excesso de peso ou obesidade. O estudo realizado envolveu 4.500 crianças de escolas públicas de todo o país, tendo-se concluído que Portugal acompanha a tendência de obesidade infantil dos países mediterrânicos (Padez *et al.*, 2004). A investigação efectuada por Amaral (2005), no distrito de Viseu, envolvendo 7.563 adolescentes, entre os 12 e os 18 anos, revelou entre outras conclusões, que um em cada quatro adolescentes tem excesso de peso.

De acordo com dados da "International Obesity Task Force" (IOTF), a Itália é o país europeu com maior prevalência de excesso de peso e obesidade infantil em adolescentes com cerca de 10 anos (36%), seguida de Malta (35%, dados de 1992), Grécia (31%, dados de 2000), Espanha (30%, dados de 1998/2000) e Croácia (27%, dados de 1998) (cit *in* Padez *et al.*, 2004).

Segundo Coehn (1999), a obesidade juvenil está mais associada à inactividade física do que à superalimentação e há uma forte influência genética na sua determinação. Sabe-se que filhos de pais obesos têm maiores probabilidades de o serem.

Pollock e colaboradores (1993) afirmam que existem fortes evidências de que, em 80 a 86% dos adultos, a obesidade se originou na infância ou na adolescência, devendo nesta fase ser encarada com muita seriedade para poder ajudar o paciente a corrigir eventuais falhas que, com o passar do tempo, se tornam de difícil resolução.

## **2.8. Estilos de vida**

Os estilos de vida são o “modo de vida” baseado em padrões identificáveis de comportamentos, determinados pela interacção entre as características pessoais do



indivíduo, as sociais e as condições de vida socioeconómicas e envolvimentoais (OMS, 1998 citado por Nutbeam, 1998). Mendoza e Sagrera (1990), citados por Matos (1996), descrevem estilo de vida como um conjunto de padrões de comportamentos que definem a maneira comum de viver de um indivíduo num grupo. Ainda de acordo com a mesma autora há vários estilos de vida “saudáveis”. Esta variedade estabelece-se assim em função do grupo onde cada indivíduo está inserido e das próprias características individuais.

Um dos factores que determina os estilos de vida é a desigualdade entre países e entre indivíduos dentro de cada país. A pobreza limita o espectro dos estilos de vida acessíveis e está intimamente ligada à saúde (Matos 1998). No entanto, nos países em vias de desenvolvimento, ao mesmo tempo que se verifica uma diminuição da importância de certos riscos para a saúde, assiste-se a um aumento dos riscos da mesma ligados a esse mesmo “desenvolvimento” (Matos, 1998).

O estilo de vida individual, caracterizado por padrões de comportamento identificáveis, pode ter um efeito profundo na saúde individual e colectiva. Para melhorar a saúde, habilitando os indivíduos a alterarem os seus estilos de vida, a acção tem de ser dirigida não só ao indivíduo, mas, também, às condições sociais e às condições de vida, que interagem para produzir e manter esse padrão de comportamento.

É importante reconhecer, contudo, que não existe estilo de vida “ótimo”. A cultura, o estatuto sócio-económico, a estrutura familiar, a idade, a habilidade física, o envolvimento em casa e no local de trabalho, farão certos estilos e condições de vida mais atractivos, possíveis e apropriados (Nutbeam, 1998 citado por Matos, 1998).

O conceito de estilo de vida pode, numa acepção globalizante, ser traduzido pelo currículo existencial do sujeito em adaptação ao meio onde actua. De maneira aparentemente mais simples Rocher (1989), definiu estilos de vida, como “*as maneiras de viver*”. No entanto, esta aparente simplicidade encerra em si, uma complexidade extrema na medida em que faz apelo a um equilíbrio na instabilidade, porquanto as “*maneiras*” pressupõem o ajuste de todas as dimensões do sujeito individual à colectividade social e ambiental; e “*viver*” implica a realização das vontades, desejos e anseios do sujeito.

O meio social em que vivem os adolescentes, bem como a influência das pessoas significativas para o jovem serão a chave para que optem por um estilo de vida relacionado com a saúde. Daí a responsabilidade dos políticos, educadores e pais para prevenirem os riscos de condutas desfavoráveis à obtenção de saúde.

Os estilos de vida dos adolescentes constituem o âmago deste trabalho que pretende, através da análise comparativa dos dados obtidos e trabalhados

estatisticamente, verificar se existem ou não concepções diferentes nos jovens de um concelho rural e de uma cidade sobre os hábitos alimentares e a ocupação dos tempos livres.

### **2.8.1 Saúde Pública e Estilos de Vida**

A moderna concepção de “Saúde Pública” (Velleman e Williams, 2001) é entendida como o processo de organizar e dirigir os meios, os conhecimentos e os esforços colectivos, tendo em vista “promover” e “restaurar” a saúde dos sujeitos de uma sociedade. Neste âmbito, a Saúde Pública compreende o conjunto de todas as actividades que a sociedade organiza e dirige para a “promoção da saúde” (e.g. fomento e protecção) e a “restauração da saúde” (e.g. assistência e reabilitação). O restaurar da saúde passa pelas actividades organizadas que se efectivam para recuperar a saúde perdida, centrada na alteração dos estilos de vida. Compreende acções da “medicina assistencial” realizada por unidades próprias para o efeito (Scriven, 2001).

A saúde pública é uma necessidade colectiva e a responsabilidade pela sua efectivação é também colectiva, embora transferida para o governo como legítimo representante dos cidadãos. Assim, as políticas e medidas de saúde pública apresentam um duplo enfoque: as medidas curativas e as preventivas.

No plano da saúde preventiva, as actividades organizadas e os estilos de vida que influenciam a saúde individual e colectiva, passam, em grande medida, pela política económica do país em relação à produção de bens e serviços, à alimentação, à actividade física, ao vestuário, à higiene, à segurança, ao emprego, ao trabalho e ao salário (Marckwell e Speller, 2001). As políticas de educação contribuem, ainda, para a saúde pública preventiva e, consequentemente, para os estilos de vida dos indivíduos (Ireland, 2001).

### **2.8.2. Capacitação/Empowerment na definição de Estilos de Vida**

Se cada indivíduo utilizar o processo metacognitivo que lhe permite “pensar sobre o próprio pensar” e possibilita a reflexão sobre o próprio conhecimento nomeadamente no que se refere si mesmo, ao mundo, aos seus pares/semelhantes, ao suceder e evoluir dos acontecimentos, ficará contemplado da capacidade de criar estratégias e soluções para fazer face a uma qualquer situação com que se venha a deparar, ou seja, ficará dotado de um elevado poder de “literacia crítica” (Carvalho 2002).

A regulação da cognição é realizada através de “*experiências metacognitivas*” que se traduzem por actividades conscientes e pertinentes, de natureza afectiva e cognitiva, geradoras da “*capacitação*” de saber, compreender, relembrar, resolver ou fazer (Flavell, 1976; Carvalho, 2002).

A capacitação/empowerment baseada na “literacia” como característica básica do pensamento eficiente define os estilos de vida saudáveis, facilitando tomadas de consciência que podem condicionar o desempenho cognitivo durante o desenvolver de uma actividade, influenciar uma decisão ou condicionar a acção face a novas situações decorrentes da vida quotidiana, profissional ou relacional. A dificuldade de agir e ter comportamentos favoráveis à saúde face a novas situações ou problemas, está relacionada com os baixos níveis de capacitação e literacia (Brown e DeLoche, 1985). Deste modo, os aspectos relevantes e os contributos que a capacitação/empowerment pode trazer a nível individual e colectivo, conducentes à adopção de estilos de vida saudáveis, são os seguintes, de acordo com vários investigadores (Brown e DeLoche, 1985; Gaspar, 1993; Nikerson, *et al.*, 1990; Buron, 1993; Bruer, 1995; Doly, 1999; Witaker, 1999; Carvalho, 2002):

- ◆ Promover a plasticidade e transferência de pensamento nos seus diferentes domínios para aplicação em novas situações;
- ◆ Permitir estimular e desenvolver novas competências de pensamento e, consequentemente, fomentar aprendizagens, atitudes e respostas de melhor qualidade;
- ◆ Permitir aos indivíduos a formulação e utilização das estratégias de forma crítica e consciente bem como a regulação de forma autónoma dos seus próprios processos de construção da personalidade;
- ◆ Facilitar o desenvolvimento pelos indivíduos de um conceito positivo acerca de si próprios.

Se o indivíduo tem um bom auto-conceito, uma auto-estima positiva, um aguçado sentido crítico, sente-se confiante, motivado, mais perseverante, com melhores desempenhos, beneficiando, como tal, de uma melhor saúde e qualidade de vida. Um sujeito capacitado e esclarecido é, em si mesmo, um sujeito motivado. É necessário dotar os jovens cidadãos com capacidade de auto-regulação da sua actividade cognitiva, de modo a tornarem-se conscientes dos seus próprios processos cognitivos e atitudinais. De acordo com o que foi referido e no presente contexto a investigar, os jovens devidamente capacitados tomarão consciência de que a prática de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis são fundamentais para a prevenção de doenças metabólicas e degenerativas.

### **2.8.3. Actividade física e sedentarismo na definição de Estilos de Vida**

As diferentes actividades físicas/desportivas praticadas pelos adolescentes representam mais-valias reais para a qualidade de vida.

O desporto de lazer e recreativo, praticado em espaços verdes e ambiente natural com a família, deve constituir a actividade primordial de socialização e modelação da criança e do jovem.

A prática regular de actividade física ajuda os jovens na formação e no desenvolvimento da massa óssea, no controlo do peso, no bom funcionamento do coração e dos pulmões, no desenvolvimento e na coordenação dos movimentos, contribuindo para o aumento do desempenho escolar, controlo da ansiedade e da depressão.

A nível mundial, a prática de actividade física pelos adolescentes tem vindo a decrescer, o que favorece a adesão a um estilo de vida sedentário.

Há vários factores que dificultam a prática regular de exercício físico: falta de tempo e de motivação, baixo incentivo pelos adultos, sentimento de vergonha ou de incompetência, falta de equipamentos e locais seguros, ou, desconhecimento das suas vantagens. Compreende-se, assim, que as escolas sejam a única forma de contornar estes obstáculos, fomentando nos jovens uma ampla participação em jogos e outras actividades físicas.

De acordo com o Programa Nacional de Promoção da Actividade Física e Desportiva (PNPAFD), estima-se que, nos países desenvolvidos, mais de dois milhões de óbitos sejam atribuídas ao sedentarismo e que 60 a 80% da população mundial não é suficientemente activa para obter benefícios na saúde (OMS, 2002).

Portugal é o país que na UE apresenta níveis mais elevados de sedentarismo. Segundo dados do último World Health Report (*cit in* PNPAFD), a inactividade física contribui com 3,3% do peso da doença. Mais de 60% da população portuguesa com 15 ou mais anos, ao caracterizar a sua principal actividade de tempos livres, declara hábitos sedentários como ver televisão ou ler, entre outras actividades. Ciente destes resultados, o Instituto do Desporto de Portugal (IDP) criou o *Mexa-se*, Programa Nacional de Promoção da Actividade Física e Desportiva. O seu principal objectivo é mudar comportamentos, ajudar a difundir um maior conhecimento sobre a actividade física e os seus benefícios. A concretização deste projecto conta com diversos eventos a nível nacional e local, que promovem a prática de actividades físicas e contribuem para aumentar a consciência pública para a importância de ser activo.

## 2.9. Escola/Educação: Que desafios para o Século. XXI?

A educação deve promover, de forma sistemática e eficaz, mais saberes educativos, adaptados à cultura cognitiva, dado que estes são as bases das competências do futuro. Assim, para dar resposta a diferentes exigências e de acordo com o relatório para a UNESCO<sup>3</sup> pela Comissão Internacional sobre Educação para o Séc. XXI, a educação deve organizar-se em torno de quatro pilares fundamentais: *aprender a conhecer*, *aprender a fazer*, *aprender a viver juntos* e *aprender a ser*. Estas quatro vias do saber constituem apenas uma, dado que existem entre elas variados pontos de contacto, de relacionamento e permuta como passamos a descrever (Delors, 2003):

*Aprender a conhecer*: visa a aquisição do domínio do próprio conhecimento e não um repertório de saberes codificados. Deve fomentar o aprender a aprender, exercitando a atenção, a memória e o pensamento.

*Aprender a fazer*: Esta forma de aprendizagem é indissociável da anterior, podendo-se afirmar que aprender a fazer está relacionado com a forma de se pôr em prática os conhecimentos adquiridos.

*Aprender a viver juntos*: “esta aprendizagem representa, hoje em dia, um dos maiores desafios da educação” em duas vias complementares. Num primeiro nível, ocorre a descoberta progressiva do outro e num segundo nível a participação em projectos comuns.

*Aprender a ser*: a educação deve contribuir para o desenvolvimento total do indivíduo. Todo o ser humano deve ser preparado para elaborar pensamentos autónomos e críticos e formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida.

Os pilares da educação referidos não servem de apoio a nenhuma fase exclusiva da vida, nem num lugar único. Os tempos e as áreas da educação devem complementar-se para que cada indivíduo, ao longo da sua vida, obtenha a melhor realização num ambiente educativo em constante desenvolvimento.

---

<sup>3</sup> Organização das Nações Unidas para Educação e Ciência e Cultura.

### **2.9.1. Educação para a Saúde**

O conceito de Educação para a Saúde tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, sendo resultado da influência de factores sociais, políticos, culturais e económicos.

Numa perspectiva clássica, Educação para a Saúde, foi definida como uma actividade passiva, referenciada na altura como educação sanitária. Wood (1926) descreve-a “*como a soma de experiências e impressões que influenciam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos, relacionados com a saúde do indivíduo e comunidade*”(cit in Precioso, 1992; Navarro, 2000). As estratégias para fomentar a Educação para a Saúde, nesta concepção, são caracterizadas por múltiplas proibições, relacionadas com o consumo de álcool, tabaco ou prescrições de dietas. Desta forma, pensa-se que a saúde dos indivíduos é o resultado de recomendações (Martins, 2002). A implementação desta metodologia é entendida como garantia de uma melhoria do estado de saúde, por se pressupor que os indivíduos informados têm mais saúde, ou seja, os indivíduos adoptam comportamentos ou estilos de vida saudáveis se estiverem bem informados sobre os factores que provocavam as doenças. Nesta perspectiva, aceita-se que o educador de saúde é que determina quais os comportamentos que o indivíduo deve adoptar (Viana, 2001). Desta forma, é notório que estas intervenções consistam em abordagens informativas, com o predomínio de orientações sobre saúde/doença, sendo evidente a influência do modelo biomédico.

Em 1973 o artigo *The report of the President's Committee on Health Education* perspectiva a Educação para a Saúde como “*um processo que serve de ponte entre a informação, saúde e práticas de saúde*” (cit in Greene et al, 1988). Esta definição constitui um ponto de referência do início da Educação para a Saúde como uma realidade activa dado que é entendida como um processo onde se criam laços importantes entre a comunicação e as práticas de educação.

Green (1984) define Educação para a Saúde como “*qualquer combinação de experiências de aprendizagem planeadas com o objectivo de facilitar mudanças voluntárias de comportamento que conduzam à saúde*” (Green et al., 1984: cit in Greene et al., 1988). Nesta definição verifica-se um grande esforço para englobar variáveis e estratégias inerentes a um processo educativo.

Nas concepções acima descritas, a Educação para a Saúde é, sobretudo, um processo educativo onde se atribui grande ênfase à comunicação e reflexão, com o objectivo de modificar comportamentos e hábitos relacionados com problemas de saúde.

A grande responsabilidade da sua concretização diz respeito ao indivíduo nas opções relativas à sua saúde e bem-estar.

A Educação para a Saúde tem por função facilitar mudanças de estilos de vida, de forma voluntária, através da adopção de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde, num processo interactivo que promova a liberdade e responsabilidade dos indivíduos (Amorim, 1999).

Na perspectiva da modificação de comportamentos, a definição, de Green anteriormente citada, é considerada como um grande passo por referenciar acções diversas da Educação para a Saúde. No entanto, não inclui aspectos importantes como a cultura, valores individuais ou colectivos, a motivação e auto-estima, que se julga, hoje, serem essenciais neste processo. Ao perspectivar Educação para a Saúde, pretende-se orientar o indivíduo, no sentido de que a saúde deve ser estimada como um recurso, que lhe permite sentir-se bem e, ainda, que seja capaz de criar hábitos, comportamentos de saúde e utilize “reservas” pessoais e ou sociais para lutar contra a doença e enfrentar e resolver alguns problemas quotidianos.

Actualmente, a Educação para a Saúde visa uma maior responsabilidade individual e colectiva nas opções relativas à saúde e bem-estar (Pestana, 1996).

Nas diferentes concepções, Educação para a Saúde, é descrita como um valor; toda a educação pretende ajudar o educando a adquirir conhecimentos (saber), a desenvolver a sua personalidade (saber ser), a saber fazer (práticas). Para que tal aconteça, é necessário que o educando compreenda, analise, seja capaz de reflectir, avaliar e adquirir competências ou habilidades (San Martín, Pastor, 1988 *cit in* García Martínez *et al.*, 2000).

Na sequência do que se tem vindo a referir, a Educação para a Saúde pode ser conceptualizada como toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagens planeadas, com vista a coadjuvar os indivíduos em mudanças voluntárias e conscientes promotoras de comportamentos saudáveis (Rogado e Teixeira, 1997). Estes autores referindo-se ao que preconiza a OMS, mencionam que a prática de Educação para a Saúde deve equacionar a viabilidade do *planeamento e execução, questões éticas, informação, comunicação, treino, avaliação e investigação*.

Existem locais classificados de ideais para a implementação de projectos de Educação para a Saúde. A este propósito Green (1984), refere-se a três grandes áreas de intervenção da Educação para a Saúde: educação para a saúde na escola, na comunidade e em doentes (*cit in* Pastor Ruiz, 1999).

A Educação para a Saúde nas escolas tem como meta principal promover a saúde biopsicossocial das crianças e dos adolescentes. Os professores, em articulação com os pais, podem desempenhar um papel importante na transmissão de valores, conhecimentos e competências relativas à promoção da saúde e prevenção da doença.

A Educação para a Saúde na escola, realizada pelos profissionais de saúde, de um modo pontual, com cariz fortemente informativo e didáctico, tornou-se desenquadrada nos novos conceitos de saúde e educação (OMS, CEE e CE, 1995). A este propósito, Pestana (1995) refere: *“Se é verdade que ninguém pode decidir adequadamente sobre o que desconhece e o rigor da informação é portanto decisivo, é também verdade que, quando o público-alvo são crianças e adolescentes, a vertente cognitiva não é determinante na mudança de comportamentos e atitudes”*. Neste sentido, Matos (2005), defende que é urgente criar *“uma área curricular da Educação para a Saúde nas escolas”*, em idades entre os nove e os quinze anos.

Em síntese, Educação para a Saúde deve ser referenciada como um processo educativo associado à aquisição de capacidades e competências individuais e sociais necessárias ao exercício da cidadania. Neste sentido, a partir do próximo ano lectivo, a Educação para a Promoção da Saúde vai ser obrigatoriamente abordada no ensino Básico e Secundário, tanto de forma transversal nas diversas disciplinas, como integrada numa das três áreas curriculares não disciplinares já existentes: Área de Projecto, Formação Cívica ou Estudo Acompanhado. Nas escolas do ensino Secundário, serão ainda criados gabinetes de atendimento e de apoio aos alunos, em parceria com os centros de saúde, que contam com a colaboração de pessoal especializado.

### **2.9.2. A Escola e a Educação para a Saúde/Educação Alimentar**

A Educação para a Saúde, que inclui a Educação Alimentar, não se limita a um acto educacional com a finalidade de melhorar o estado nutricional do jovem. Implica, também, o desenvolvimento de capacidades que permitam aos indivíduos melhorar a forma como percebem, organizam, armazenam e utilizam a informação que recebem. Envolve, ainda, um indissociável aspecto motivacional e de capacitação/*empowerment* que atribui ao indivíduo competências, tanto para ser receptivo e crítico em relação à informação que recebe, como para agir no âmbito pessoal ou comunitário (Carvalho, 2002). Nesta perspectiva, e tendo como base as abordagens de Promoção de Saúde definidas por Ewles e Simnett (1999) citados por Carvalho (2002), a abordagem do professor terá um cariz educacional, conduzindo ao desenvolvimento de capacidades e



mudança de atitude, com vista à tomada de decisões bem informadas e com responsabilidade.

Sabendo-se que estilos de vida inadequados, como hábitos alimentares incorrectos e sedentarismo, prejudicam a saúde, urge reflectir, educar e divulgar estes saberes. Daí que, a escola pretenda fomentar estilos de vida saudáveis para toda a população escolar, desenvolvendo ambientes de suporte à Promoção de Saúde (M.E., 2000).

A Educação para a Saúde e a Educação Alimentar em particular, na escola, tem por finalidade incutir nos alunos atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças evitáveis na sua idade (Sanmarti, 1988; Pardal, 1990). Para além disso, deve tentar responsabilizá-los pela sua própria saúde e prepará-los para a adopção de um estilo de vida mais saudável.

#### **2.9.2.1. Rede de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS e RNEPS)**

A Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) foi criada com o intuito de demonstrar o impacto da promoção da saúde no meio escolar, formando um grupo de escolas capazes de serem reconhecidas como um modelo a seguir. Em 1992, foi inaugurado a REEPS com o apoio da Comissão Europeia, do Conselho da Europa e do Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde.

Em 1997 e após a criação do estatuto da Conferência Europeia da REEPS, foram constituídos dez princípios subjacentes às EPS: democracia; equidade; “empowerment/capacitação”, competência de acção; ambiente escolar; currículo; formação de professores; avaliação do sucesso; colaboração; comunidades e sustentabilidade. Embora a Promoção e Educação para a Saúde se organize num sistema integral e globalizante, as linhas estratégicas de intervenção classificam-se do seguinte modo: **ecológica, psicossocial, comunitária, curricular e organizacional**.

A RNEPS constitui um modelo organizativo de implementação da Promoção e Educação para a Saúde em meio escolar e está novamente contemplada no **Programa do XVII Governo Constitucional**, designada por **A Escola, Grande Promotora de Saúde**. Segundo este Programa o trabalho da Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde, no final de 2002, tinha conseguido a adesão de 3403 escolas, apoiadas por 366 centros de saúde. Englobava ainda cerca de 1/3 da população estudantil do ensino público, do pré-escolar ao 12º ano. O seu programa promove a saúde das crianças e

suas famílias, situando a escola na rede comunitária, com envolvimento das respectivas autarquias. Pretende-se recuperar, até final de 2005, os níveis alcançados em 2002 e, progressivamente, até 2010, implicar a totalidade das escolas do sistema educativo, como o apoio do sistema de Saúde.

A intervenção desenvolve-se numa parceria entre o Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Saúde (MS)<sup>4</sup> e procura dar respostas a escolas e centros de saúde que planeiem a mudança de práticas e de procedimentos, com vista a capacitar as populações para a completa realização do seu potencial de saúde.

A Escola Promotora de Saúde (EPS) assenta numa visão holística da saúde e aposta no desenvolvimento de ambientes que constituem um suporte facilitador de escolhas saudáveis e de promoção de saúde (OMS, 2001). Baseia-se, ainda, no pressuposto de que a promoção da saúde, em contexto escolar, exige a conjugação de esforços e competências de várias instituições.

Segundo Navarro (1999) a “dimensão organizacional” das EPS deve articular-se com as outras quatro dimensões para o alcance de um objectivo comum que é a construção de uma escola, geradora de saúde em geral, e alimentar em particular, de toda a comunidade escolar. Relaciona-se com a autonomia que permite às escolas determinarem o seu rumo e elaborarem o seu **Projecto Educativo**, que deverá ter em conta a promoção da saúde. Este deverá ser construído com a contribuição efectiva de todos para que tenha maior probabilidade de êxito.

### **2.9.3. A Escola como promotora de estilos de vida saudáveis, particularmente de uma alimentação saudável**

A política educacional portuguesa reconhece o papel da escola na promoção da saúde alimentar, ao prever, na Lei de Bases do Sistema Educativo que nos “...*planos curriculares do ensino básico incluem em todos os ciclos uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de acidentes, a educação para a saúde...*” (Lei nº46/86 de 14 de Outubro). Apela-se, ainda, com a recente reorganização curricular, a que se desenvolvam hábitos de vida saudáveis, como consta no respectivo perfil de competências a desenvolver em todos os alunos ao longo de Ensino Básico (ME, DEB, 1999). Desta forma, no Sistema Educativo, estão criadas as condições para o desenvolvimento de uma Educação para a Saúde na Escola. Por estas

---

<sup>4</sup> Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, assinado no dia 7 de Fevereiro de 2006.

razões, todos os que têm responsabilidades ao nível da educação devem desenvolver nos jovens conhecimentos e atitudes que contribuam para um estilo de vida mais saudável, designadamente no que se refere à adopção de uma alimentação racional e à prática de actividade física. Convém realçar que a escola deve intervir na educação alimentar dos alunos. Muitas vezes as respectivas famílias não estão preparadas ou em condições de o fazer. Frequentemente as famílias incutem hábitos prejudiciais e dificultam a acção pedagógica da escola.

Numa perspectiva de prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis, a escola pode ser considerada como um meio de eleição na Educação para a Saúde, nomeadamente Educação Alimentar, no pressuposto de que ministrando conteúdos curriculares adequados, proporcionando a integração de novos conhecimentos, criando atitudes positivas face a alimentos saudáveis e promovendo a compreensão da relação entre alimentação e saúde, se conduzirá ao desenvolvimento de comportamentos alimentares saudáveis. Por estas razões, a OMS considera que uma via bastante promissora para promover a Educação para a Saúde, em geral, e alimentar em particular, de toda a comunidade escolar e envolvente é através da criação de Escolas Promotoras de Saúde (OMS, 1998; OMS, 2001; Precioso, 2001).

Através da inclusão de temas de alimentação nos *currícula* escolares (dimensão curricular), melhorando a alimentação fornecida nos bares e cantinas (dimensão ecológica), envolvendo a comunidade (pais, Centros de Saúde, Centros da Juventude, Autarquias, Associações Desportivas), na formação do pessoal docente, auxiliar e discente (dimensão comunitária) e criando um “clima” estimulante, de confiança e de responsabilidade, onde seja um prazer trabalhar e haja um sentimento de pertença a essa organização (dimensão psicossocial) pode-se promover uma Educação Alimentar de qualidade (Hurrelman e Nordlone, 1995).

Apesar de todas as recomendações para a construção de Escolas Promotoras de Saúde constata-se que os alunos desconhecem certas questões alimentares.

A escola tem um papel fundamental na mudança de hábitos dos alunos no que concerne as escolhas de estilos de vida mais saudáveis e felizes. Não pode, contudo, nem estar isolada, nem limitar-se a obter mudanças pontuais e pouco sustentáveis (Matos *et. al.*, 2005).

### **2.9.3.1. Importância da Escola na Educação Alimentar**

Os hábitos alimentares adquiridos durante a adolescência têm importantes repercussões no estado de saúde dos indivíduos, quer a curto, quer a longo prazo, nomeadamente ao nível do bem-estar físico e emocional (King *et al.*, 1996, citado em Matos *et al.*, 2003). É por esta razão – prevenção de situações de risco – que se recomenda a Educação Alimentar (Loureiro, 1999;OMS, 1998; Almeida e Correia, 1994).

A Educação Alimentar inicia-se no meio familiar. No entanto, a escola é o local privilegiado para a desenvolver com eficácia, pelos seguintes motivos:

- A escola acolhe a quase totalidade da população infantil e juvenil durante um largo período de tempo (Mendoza *et al.*, 1994; Ramón *et al.*, 1994; OMS, 1998);
- É na escola que se encontram profissionais qualificados para a abordagem de temas de nutrição e alimentação (Mendoza *et al.*, 1994; OMS, 1998)
- A escola constitui um espaço em que os jovens, através das interações com os seus pares, professores e outros intervenientes no processo educativo, realizam uma importante fase da sua socialização e poderão adquirir saberes e competências que influenciam toda a sua vida futura;
- Os alunos que frequentam a escola fazem-no precisamente no momento em que é mais fácil assimilar hábitos, atitudes e conhecimentos (Mendoza, Pérez e Foguet, 1994; Moreira e Teixeira, 1994; Pérez-Rodrigo e Aranceta, 1997; Loureiro, 1999; Nunes e Breda, 2001);
- Por vezes, a escola é a principal oportunidade de aprendizagem de princípios e de comportamentos alimentares saudáveis, bem como para suprir algumas carências alimentares, no caso de situações de disfuncionamento familiar ou carência económica grave.

A Educação Alimentar deverá ser uma prática real e efectiva, constantemente assumida, valorizada e interiorizada por toda a comunidade escolar, aceitando a saúde como valor, dever e direito fundamental a defender e a preservar (CCPES, DEB, DES e IIE, 2001). Segundo estas entidades, a Educação Alimentar tem as seguintes finalidades:

- permitir aos alunos participar efectivamente na Educação Alimentar, fazendo-os sentir afectivamente ligados à execução de projectos específicos;
- suscitar, na comunidade educativa em geral, e nos alunos, em particular, uma reflexão sobre as acções a empreender para melhorar a alimentação;

- conceder a oportunidade aos alunos de se associarem, pelo menos em parte, à tomada de decisões respeitantes aos problemas a resolver, aos métodos a seguir e ao acompanhamento do seu trabalho;

- prever a participação dos alunos na gestão dos refeitórios e bufetes, a médio/longo prazo, nomeadamente na elaboração de ementas e na escolha de alimentos saudáveis;

- incentivar os alunos a aprender a aprender, factor fundamental para que tenham uma capacidade crítica acrescida face à explosão de novos produtos no mercado e ao poder dos *mass media* no apelo ao consumo de alimentos de qualidade nutricional duvidosa;

- valorizar o que de saudável existe na gastronomia tradicional como um traço cultural e, nalguns casos, como contributo para o desenvolvimento local;

- implicar, na educação alimentar, os familiares dos alunos como parceiros fundamentais no processo educativo e na aquisição de hábitos alimentares saudáveis.

Rámon e colaboradores (1994) alegam que, a infância e a adolescência são idades cruciais onde é fácil assimilar hábitos, conhecimentos, construir atitudes e adoptar comportamentos favoráveis ou adequados. Assim, nesta fase da vida dos indivíduos, torna-se especialmente importante a implementação de acções de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco (Matos *et al.*, 2003).

### **2.9.3.2. Abordagem metodológica da Educação Alimentar na escola**

Actualmente, em todos os países da União Europeia reconhece-se a importância da Educação Alimentar na escola, tendo sido postos em prática numerosos projectos inovadores neste domínio.

No que se refere especificamente a Portugal, Ferreira (1982) começou por identificar a necessidade de uma Educação Alimentar estruturada ao nível dos diferentes níveis de ensino, propondo algumas sugestões (*cit in* Peres, 1997). No entanto, só mais recentemente se começou a investir de forma mais notória nesta área, sendo ainda escassos os estudos de carácter científico realizados neste âmbito. Embora a temática da alimentação e nutrição faça parte dos conteúdos curriculares em anos específicos do 1º ao 3º Ciclos do ensino básico, traduz pouco significado à aprendizagem, como revelou uma investigação de Duarte e Villani (2001).

Segundo Pardal (1994), a Educação Alimentar deve utilizar múltiplas estratégias e metodologias numa perspectiva interinstitucional, de forma a criar ou favorecer os apoios

necessários às mudanças de comportamento desejadas; acrescenta que a Educação Alimentar deverá actuar em conjunto com todos os programas que visem proporcionar estilos de vida saudáveis, equilibrando entre si as intervenções dirigidas aos indivíduos e grupos e as correspondentes mudanças sociais.

Nos últimos anos, vários investigadores ligados à avaliação de projectos e programas desenvolvidos nesta área têm-se debruçado sobre os factores catalizadores ou impeditivos do sucesso da Educação Alimentar (Moon *et al.*, 1999; Loureiro, 1999). A título ilustrativo, relatam alguns estudos que suportam a ideia de que a abordagem tradicional da Educação para a Saúde em geral, e alimentar em particular, efectuada com o único objectivo de aumentar os conhecimentos, tem pouco impacto. Os mesmos autores referem como condições facilitadoras do sucesso de programas de Educação Alimentar, as seguintes:

- ♦ Ter como ponto de partida os próprios alunos, em termos de conhecimentos prévios, considerar as suas características, necessidades, interesses e motivações, experiências e estilos de vida, as suas atitudes, os seus valores e a percepção que possuem dos problemas de saúde;
- ♦ Envolvimento sistemático dos pais e famílias;
- ♦ Envolvimento da comunidade alargada;
- ♦ Implementação de programas com desenvolvimento curricular transversal e sequencial no percurso escolar;
- ♦ Ligação da Educação para a Saúde a outras iniciativas de promoção de saúde em contexto escolar e definição de um papel efectivo dos jovens nos processos de decisão relativos à sua saúde.

Nesta linha de pensamento, de condições facilitadoras do sucesso de programas de Educação Alimentar, Dixey e colaboradores (1999) corroboram com todos os elementos supracitados, mas acrescentam ainda a necessidade da existência de uma política sobre Educação Alimentar, que inclua a formação de todo o pessoal envolvido (ex: professores, fornecedores, auxiliares de acção educativa, etc.) e a adequação de escolhas saudáveis dentro da escola.

Ao professor/educador cabe-lhe o papel de “facilitador” de informação/educação (Navarro, 1999).

De acordo com Nunes e Breda (2001) os programas de educação alimentar devem ser **contínuos**.

Citam-se algumas medidas para uma efectiva Educação Alimentar (Dixey *et al.*, 1999):

- ♦ *O currículo formal* – o que é ensinado e se aprende na sala de aula – que necessita ser planificado, coordenado e sequencial;
- ♦ *O currículo oculto* – a aprendizagem não formal – muito importante, dado que os jovens passam muito tempo na escola. Assim, as mensagens disseminadas na escola devem ser consistentes com o aprendido através do currículo formal. É necessário criar um clima no qual todos, incluindo alunos, tenham responsabilidade, quer no ambiente escolar quer nos efeitos provocados no ambiente externo à escola.
- ♦ *O currículo paralelo* – que inclui todas as actividades externas à escola que envolvem a relação com as famílias e a comunidade.

Algumas entidades (CCPES, DEB, DES e IIE, 2001) referem que a escola responderá positivamente ao desafio de despertar a consciência dos alunos para a importância da alimentação saudável nas suas vidas, se houver um enquadramento mais amplo da Educação Alimentar. Para o efeito é necessário o apoio efectivo de todas as estruturas escolares – Órgãos de Gestão e Alimentação, Estruturas de Orientação, Auxiliares de Acção Educativa, Funcionários responsáveis pelos refeitórios e bufetes, Associações de Pais e Encarregados de Educação, Docentes – e principalmente dos Departamentos Centrais do Ministério da Educação responsáveis pela promoção da saúde.

Concluindo, pensamos que um verdadeiro projecto de Educação Alimentar (assumido numa perspectiva holística e em concordância com a filosofia subjacente às Escolas Promotoras de Saúde), só terá condições de se revelar efectivo se contemplar as três vertentes fundamentais de influência educativa neste âmbito: a escola, a família e o meio.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

#### 3.1. Caracterização Geral da Investigação

Optou-se por uma investigação qualitativa de carácter descritivo, por ser mais adequada ao tema em estudo. É privilegiada, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. As experiências pessoais do investigador são elementos importantes na análise e na compreensão dos factos estudados. O enfoque do **paradigma qualitativo** assume-se de grande importância pelo seu carácter rico, holístico e “real”. A investigação qualitativa apresenta as seguintes características, segundo Bogdan e Biklen (1994), das quais se destacam:

- ◆ O investigador observa os factos sob a óptica de alguém interno à organização;
- ◆ A investigação procura uma profunda compreensão do contexto da situação;
- ◆ A pesquisa geralmente emprega mais de uma fonte de dados;
- ◆ É descritiva. A palavra escrita assume especial importância na abordagem qualitativa, tanto para o registo de dados como para a disseminação dos resultados;
- ◆ Os dados devem ser recolhidos em situação e complementados através da informação que se obtém por contacto directo. O contexto em que os dados são recolhidos é fundamental, dado que o comportamento humano é influenciado pela situação envolvente;
- ◆ Privilegia o significado atribuído por diferentes indivíduos; a investigação qualitativa elucida sobre a dinâmica interna das situações, muitas vezes invisível ao observador exterior.

O desenho investigativo que mais se adequa a este estudo é o descritivo pelas seguintes razões:

- ◆ É o mais apropriado em casos em que se pretende conhecer características de determinado grupo, estabelecer, conhecer as relações existentes entre as variáveis, bem como avaliar os impactos de implantação de um determinado programa, intentam assim descobrir e interpretar a realidade (Cohen e Manion, 1990).



♦ Os dados obtidos através de uma pesquisa descritiva também fornecem pistas importantes a serem seguidas em estudos futuros, principalmente quando indicam a existência de relação entre variáveis e a respectiva extensão.

Vergara (2000) argumenta que a investigação descritiva expõe as características de determinada população ou fenómeno, estabelece correlações entre variáveis e define a sua natureza. Não têm o compromisso de explicar os fenómenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Gil (1991) acrescenta que algumas investigações descritivas ultrapassam a simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação. Cita ainda a existência de pesquisas que, embora definidas como descritivas a partir dos seus objectivos, acabam por servir para proporcionar uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias. Contrariando os enfoques abordados, Locke (1998), considera que a investigação descritiva apenas captura e mostra um cenário de uma situação, expressa em números e que a natureza da relação entre variáveis é feita na pesquisa correlacional. Contribuição muito importante a este estudo traz-nos Mattar (1999), ao abordar um aspecto importante na identificação da investigação descritiva. Esse tipo de pesquisa “responderá a questões como: quem, o quê, quando e onde”. Dessa forma, o autor ressalta a inter-relação com o problema em estudo, ao afirmar que sua utilização deverá ocorrer quando o propósito de estudo for descrever as características de grupos, estimar a proporção de elementos que tenham determinadas características ou comportamentos, dentro de uma população específica, descobrir ou verificar a existência de relação entre variáveis. Lakatus e Marconi (2001) fazem referência expressa à formulação de hipóteses no estudo descritivo, a serem verificadas.

Trata-se de uma modalidade de pesquisa cujo objectivo principal é descrever, analisar ou verificar as relações entre factos e fenómenos (variáveis). É, portanto, adequada ao presente estudo que pretende verificar a relação entre os hábitos alimentares/estilos de vida saudáveis e o estado de saúde dos adolescentes.

### 3.2. Actividades desenvolvidas

Com vista à viabilização e posterior concretização do presente estudo foi solicitada autorização formal e por escrito às seguintes entidades: Direcção Regional de Educação do Norte (DREN) (estrutura regional do Ministério da Educação, a que pertencem as escolas de Moimenta da Beira), Direcção Regional de Educação do Centro (DREC) (estrutura regional do Ministério da Educação, a que pertencem as escolas de Viseu) e Subregião de Saúde de Viseu. Foram ainda estabelecidos contactos pessoais com os Órgãos de Gestão das escolas inseridas no estudo, no sentido de solicitar autorização, a saber: Escola E. B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão, Escola Secundária de Viriato, Escola E.B. 2 de Moimenta da Beira e Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo.

Como atrás se referiu neste trabalho pretendeu-se recolher informação, **CONHECER** os hábitos alimentares/estilos de vida das camadas mais jovens (alunos com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos) relacionados com a identificação/avaliação do seu estado de saúde, residentes em locais sócio-económicos diferentes. Os alunos responderam a **questionários**, visando conhecer os seus hábitos alimentares/estilos de vida. Após a recolha destes dados e feita uma primeira análise aos questionários, foi efectuada uma triagem referente a alunos que apresentavam indicadores alterados, constituindo o grupo de “alunos em risco”. Estes foram definidos em função da relação IMC/idade/sexo, por apresentarem valores correspondentes a baixo peso, excesso de peso e obesidade.

Junto dos respectivos Médicos de Família foram recolhidos dados do estado de saúde, dos alunos com IMC correspondente a baixo peso e obesidade, os quais constituíram o subgrupo dos “alunos em risco”, registando-os num quadro construído para o efeito – Ficha de dados “Avaliação geral do estado de saúde”.

Foi ainda efectuada uma **entrevista** a um reduzido número de alunos, com vista a recolha de informação adicional sobre os seus hábitos alimentares e os seus estilos de vida. Assim, da amostra de meio urbano foi entrevistada uma aluna de 10 anos que, por razões de confidencialidade, lhe foi atribuído o nome Maria, e que de acordo com o IMC/idade/sexo apresentava baixo peso. Na amostra de meio rural foi entrevistado o José (nome fictício) de 13 anos que apresentava obesidade mórbida.

Na fase **INTERVIR**, os alunos entrevistados, foram orientados de acordo com estratégias de vigilância, em conjunto com os Médicos de Família. Pretendeu-se com

esta atitude a prevenção do agravamento do seu estado de saúde, de acordo com as seguintes linhas de intervenção:

- a) Identificação / avaliação dos factores de risco que cada aluno pode evitar;
- b) Identificação/avaliação dos factores protectores que cada aluno deve procurar utilizar.

Os dados recolhidos e o respectivo tratamento, tornarão possível que os indivíduos compreendam a importância de modificar os seus hábitos de vida. Finalmente, apresenta-se uma **proposta educacional** – medidas que estimulem a adopção de estratégias adequadas de intervenção. Estas incluem debates com os alunos, criando projectos de promoção de hábitos de vida saudável a implementar na Escola. Esta atitude mais directa e interventiva, gerará ambientes activos de aprendizagem, que permitirão apostar na mudança de comportamentos, logo **PREVENIR** de forma eficaz as doenças metabólicas e degenerativas crónicas mais graves e frequentes.

As actividades realizadas decorreram de acordo com a planificação previamente definida e com a calendarização estabelecida, que se apresenta no quadro 4.

**Quadro 4** – Calendarização das actividades desenvolvidas

Plano de trabalhos	Calendarização
<b>CONHECER:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer evidências científicas consistentes, apropriadas e actualizadas / Pesquisa bibliográfica.</li> <li>• Construção de formas de interagir, conciliadoras da criação de resposta aos problemas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. levantamento dos hábitos alimentares/ estilos de vida dos alunos ( preenchimento de <b>questionários</b>);</li> <li>2. recolha de dados sobre o estado de saúde dos alunos (efectuada em colaboração com os Médicos de Família/ Centros de Saúde );</li> <li>3. realização de <b>entrevistas</b>.</li> </ol> </li> </ul>	Setembro a Novembro (2005)  Dezembro  a  Março (2006)
<b>INTERVIR:</b> <b>Linhas de Intervenção:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Identificação/ avaliação dos factores de risco.</li> <li>b) Identificação/avaliação dos factores protectores.</li> </ol> </li> <li>2. Estratégias de vigilância/ Intervenção (identificação de alunos de risco acrescido/proposta de vigilância).</li> </ol>	Abril  a  Maio (2006)
<b>TRATAMENTO DE DADOS</b> – Estatística descritiva /Análise de conteúdo.	Abril (2006)

### 3.3. População e amostra

Para o presente trabalho seleccionou-se o distrito de Viseu, pelo facto de existir a probabilidade de uma colaboração mais eficaz com as escolas envolvidas, decorrente de uma maior facilidade de contacto e/ou conhecimento. Optou-se por desenvolver o estudo em estabelecimentos de ensino público, por estes serem frequentados pela maioria dos alunos.

Da população ou universo de alunos do Distrito de Viseu, matriculados no ano lectivo de 2005/2006, nas escolas públicas do 5º ao 12º Anos de escolaridade, correspondendo à faixa etária dos 10 aos 18 anos, limitou-se o estudo a uma amostra não-aleatória, de conveniência (Carmo e Ferreira, 1998).

Considerando os estilos de vida como resultantes da combinação da dimensão educacional, com as intervenções operadas ao nível organizacional, político e económico que accionam as mudanças comportamentais e ambientais para promover a saúde, torna-se oportuno descrever, de uma forma sucinta, o meio rural (**concelho de Moimenta da Beira**) e o urbano (**cidade de Viseu**), dadas as realidades dos sujeitos em estudo serem diferentes, podendo apresentar, por isso, estilos de vida diferentes.



#### 3.3.1. Meio Rural (**Concelho de Moimenta da Beira**)

O concelho de Moimenta da Beira, um dos vinte e quatro concelhos do distrito de Viseu, implantado numa zona granítica com uma área de 220 Km<sup>2</sup>, dividido em 20 freguesias, apresenta 11 031 habitantes.

Na rede escolar do concelho funcionam as escolas; E.B.2 de Moimenta da Beira (integrada no Agrupamento Vertical de Escolas de Moimenta da Beira) e a Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo, frequentando no presente ano lectivo 1279 alunos, do 5º ao 12º ano de escolaridade.

A sul, o território de Moimenta da Beira é formado pelo planalto da Nave, hoje dividido pelas serras de Ariz, Peva, Peravelha, Alvite e Leomil. Durante muitos anos a serra foi aproveitada pelas cinco freguesias para a pastorícia e corte de mato. A maior parte dos habitantes deste concelho vive essencialmente da prática da agricultura, tendo como maior produção a maçã, a batata e o vinho.

Economicamente nota-se um desenvolvimento no concelho, particularmente nas áreas de exploração agro-pecuária, construção civil, oficinas de reparação automóvel e pequenas empresas industriais, instaladas no Parque Industrial do concelho.

O clima em Moimenta é um pouco agreste, apresentando um Verão com temperaturas agradáveis e um Inverno muito rigoroso (geada, chuva, vento e por vezes neve).



### **3.3.2. Meio urbano (cidade de Viseu)**

Capital da Beira Alta, verdadeiro coração da Beira, Viseu é uma das mais características cidades portuguesas. Antiqua e nobilíssima, como está consagrada, fica situada no meio de uma vasta zona sem grandes linhas de relevo e com uma altitude média de 570 metros. É a capital do maior concelho do distrito, com 92 554 habitantes. Abrange uma área de cerca de 507 Km<sup>2</sup>, reunindo trinta e quatro freguesias, onde se encontra incluída Abraveses, freguesia de onde são oriundos os alunos da amostra de meio urbano que participam neste estudo.

Na rede escolar do concelho de Viseu funcionam três escolas Secundárias, sendo uma delas a Escola Secundária de Viriato (escola frequentada pelos alunos do 10º, 11º e 12º anos) e oito Básicas, entre elas a Escola E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão (escola frequentada pelos alunos do 5º ao 9º ano), encontrando-se matriculados, no presente ano lectivo, do 5º ao 12º ano de escolaridade 7814 alunos.

Viseu, cidade jardim caracteriza-se pelos seus espaços verdes bem tratados, preservados do avanço do betão, onde se destacam, os parques de Aquilino Ribeiro e do Fontelo, a par de jardins e recantos ajardinados. É uma cidade moderna, onde o desenvolvimento quadra bem com tradição. Centro de convergência de modernas vias de comunicação, Viseu atravessa um surto de desenvolvimento. Cidade eminentemente comercial abre-se ao investimento e à industrialização, antevendo-se que, nos próximos anos, seja uma das regiões nacionais com maior desenvolvimento nos sectores dos serviços e da indústria.

### **3.3.3. Caracterização da amostra**

Inicialmente, identificaram-se as escolas do distrito de Viseu e solicitou-se aos Conselhos Executivos a escolha das turmas. Foram indicadas 8 turmas (uma por cada

ano de escolaridade) de meio urbano da cidade de Viseu das escolas E. B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão e Escola Secundária de Viriato, pertencentes ao Centro Educativo de Viseu que constituíram a **amostra de meio urbano** e 8 turmas (uma por cada ano de escolaridade) de meio rural de Moimenta da Beira das escolas E.B. 2 de Moimenta da Beira e Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo, pertencentes ao Centro Educativo Douro Sul que constituíram a **amostra de meio rural**, num total aproximado de 350 alunos. No quadro seguinte regista-se o número de alunos envolvidos no estudo, após a autorização pelos respectivos Encarregados de Educação.

**Quadro 5** – Número de alunos envolvidos no estudo

ESCOLA	Nº de turmas	Nº de alunos	Nº de alunos envolvidos no projecto
E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão	5	104	104
Secundária de Viriato	3	69	67
E.B.2 de Moimenta da Beira	2	35	31
Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo	6	137	137
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>345</b>	<b>339</b>

Em seguida efectua-se uma caracterização mais pormenorizada das duas amostras (**urbana e rural**) e dos sujeitos que as constituem, de acordo com o ano de escolaridade, sexo, idade, centro de saúde e médico assistente.

### Caracterização da Amostra Urbana

Da amostra total de alunos (N=171) que frequentam as duas Escolas urbanas, 104 frequentam a Escola E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão e 67 a Escola Secundária Viriato.

**Tabela 1** – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função do ano de escolaridade

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2,3 Dr. Azeredo Perdigão	Escola Secundária Viriato	
Ano de Escolaridade	5º ano	19	0	19
		18,3%	,0%	11,1%
	6º ano	21	0	21
		20,2%	,0%	12,3%
	7º ano	18	0	18
		17,3%	,0%	10,5%
	8º ano	25	0	25
		24,0%	,0%	14,6%
	9º ano	21	0	21
		20,2%	,0%	12,3%
	10º ano	0	24	24
		,0%	35,8%	14,0%
	11º ano	0	20	20
		,0%	29,9%	11,7%
	12º ano	0	23	23
		,0%	34,3%	13,5%
Total		104	67	171

Da análise da Tabela 1, verifica-se que a amostra dos alunos da Escola E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão é constituída maioritariamente por alunos a frequentarem o 8º ano de escolaridade (N=25, 24%). No grupo de alunos da Escola Secundária Viriato sobressaem os alunos do 10º ano (N=24, 35,8%).

**Tabela 2** – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função do sexo

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2,3 Dr. Azeredo Perdigão	Escola Secundária Viriato	
Sexo	Masculino	59	25	84
		56,7%	37,3%	49,1%
	Feminino	45	42	87
		43,3%	62,7%	50,9%
Total		104	67	171

Os resultados da Tabela 2 demonstram que dos 104 inquiridos que constituem a amostra da Escola E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão a maioria é do sexo masculino. Na amostra dos alunos da Escola Secundária Viriato, o sexo feminino está em a maior percentagem (N=42, 62,7%).

**Tabela 3** – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função da idade

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2,3 Dr. Azeredo Perdigão	Escola Secundária Viriato	
Idade	≤14	100	0	100
		96,2%	,0%	58,5%
	>14	4	67	71
		3,8%	100,0%	41,5%
Total		104	67	171

Os resultados da Tabela 3 revelam que, relativamente à idade dos sujeitos que compõem a amostra da Escola E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão, sobressaem os alunos na faixa etária dos ≤14 anos (N=100, 96,2%). Na Escola Secundária Viriato, todos os inquiridos têm idades superiores a 14 anos (N=67, 100%).



**Tabela 4** – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função do Centro de Saúde a que pertencem

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2,3 Dr. Azeredo Perdigão	Escola Secundária Viriato	
Centro de saúde	C.S. Viseu 1	81	41	122
		84,4%	63,1%	75,8%
	C.S. Viseu 2	1	0	1
		1,0%	,0%	,6%
	C.S. Viseu 3	12	22	34
		12,5%	33,8%	21,1%
	Outro	2	2	4
		2,1%	3,1%	2,5%
Total		96	65	161

A análise da Tabela 4 mostra que a maioria dos alunos que frequenta a Escola E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão (N=81, 84,4%) e a Escola Secundária Viriato (N=41, 63,1%), pertence ao Centro de Saúde de Viseu 1.

**Tabela 5** – Distribuição dos alunos das Escolas urbanas em função do Médico Assistente

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2,3 Dr. Azeredo Perdigão	Escola Secundária Viriato	
Médico assistente	Médico de família	80	54	134
		82,5%	81,8%	82,2%
	Outra situação	17	12	29
		17,5%	18,2%	17,8%
Total		97	66	163

Os resultados da Tabela 5 mostram que a maioria dos alunos, que constituem a amostra dos alunos da Escola E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão, tem Médico de Família (N=80, 82,5%), verificando-se a mesma situação no grupo de alunos da Escola Viriato (N=54, 81,8%). Verificou-se ainda nesta amostra que oito alunos (4,6% do número total de alunos da amostra) não tinham Médico de Família.

## Caracterização da Amostra Rural

Da amostra total de alunos (N=168) que frequentam as duas Escolas rurais, 31 frequentam a Escola E.B. 2 de Moimenta da Beira e 137 a Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo.

**Tabela 6** – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função do ano de escolaridade

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2 de Moimenta da Beira	Escola Sec./3 Dr. Joaquim Dias Rebelo	
Ano escolaridade	5ºano	14	0	14
		45,2%	,0%	8,3%
	6ºano	17	0	17
		54,8%	,0%	10,1%
	7ºano	0	22	22
		,0%	16,1%	13,1%
	8ºano	0	24	24
		,0%	17,5%	14,3%
	9ºano	0	19	19
		,0%	13,9%	11,3%
	10ºano	0	25	25
		,0%	18,2%	14,9%
	11ºano	0	21	21
		,0%	15,3%	12,5%
	12ºano	0	26	26
		,0%	19,0%	15,5%
Total		31	137	168

Ao analisar-se os resultados da Tabela 6, observou-se que a maioria dos alunos que constituem a amostra dos alunos da Escola E.B. 2 de Moimenta da Beira frequenta o 6º ano de escolaridade (N=17, 54,8%). Do grupo de alunos da Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo, a superioridade percentual é a dos sujeitos que frequentam o 12º ano (N=26, 19%).

**Tabela 7** – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função do sexo

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2 de Moimenta da Beira	Escola Sec./3 Dr. Joaquim Dias Rebelo	
Sexo	Masculino	14	49	63
		45,2%	35,8%	37,5%
	Feminino	17	88	105
		54,8%	64,2%	62,5%
Total		31	137	168

Os resultados da Tabela 7 demonstram que dos alunos inquiridos que constituem a amostra da Escola E.B. 2 de Moimenta da Beira a maioria é do sexo feminino (N=17, 54,8%). Na amostra dos alunos da Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo, também é o sexo feminino que está em a maior percentagem (N=88, 64,2%).

**Tabela 8** – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função da idade

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2 de Moimenta da Beira	Escola Sec./3 Dr. Joaquim Dias Rebelo	
Idade	≤14	31	56	87
		100,0%	40,9%	51,8%
	>14	0	81	81
		0%	59,1%	48,2%
Total		31	137	168

Os resultados da Tabela 8 revelam que, relativamente à idade dos sujeitos que compõem a amostra da Escola E.B. 2 de Moimenta da Beira, todos os alunos se encontram na faixa etária dos ≤14 anos (N=31, 100%). Na Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo, a maioria dos inquiridos tem idades superiores a 14 anos (N=81, 59,1%).

**Tabela 9** – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função do Centro de Saúde a que pertencem

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2 de Moimenta da Beira	Escola Sec./3 Dr. Joaquim Dias Rebelo	
Centro de saúde	C.S. Viseu 1	0	2	2
		,0%	1,5%	1,2%
	C.S. Moimenta da Beira	28	110	138
		90,3%	81,5%	83,1%
	Outro	3	23	26
		9,7%	17,0%	15,7%
Total		31	135	166

A análise da Tabela 9 mostra que a maioria dos alunos, que frequenta a Escola E.B. 2 de Moimenta da Beira (N=28, 90,3%) e a Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo (N=110, 81,5%), pertence ao Centro de Saúde de Moimenta da Beira.

**Tabela 10** – Distribuição dos alunos das Escolas rurais em função do Médico Assistente

		Estabelecimento de Ensino		Total
		Escola E.B.2 de Moimenta da Beira	Escola Sec./3 Dr. Joaquim Dias Rebelo	
Médico assistente	Médico de família	27	132	159
		100,0%	97,8%	98,1%
	Outra situação	0	3	3
		,0%	2,2%	1,9%
Total		27	135	162

Os resultados da Tabela 10 mostram que todos os alunos, que constituem a mostra dos alunos da Escola E.B. 2 de Moimenta da Beira, têm Médico de Família (N=27, 100%), verificando-se a mesma situação no grupo de alunos da Escola Secundária/3 Dr. Joaquim Dias Rebelo (N=132, 97,8%).

### **3.4. Instrumentos de recolha de dados**

No presente trabalho optou-se pelo recurso à construção de três instrumentos: o questionário (Anexo 3), o guião da entrevista (Anexo 4) e a ficha de dados “Avaliação geral do estado de saúde” (Anexo 5).

#### **3.4.1. Inquérito por questionário**

Instrumento de recolha de informação, preenchido pelo informante, o questionário constitui a técnica de recolha de dados mais utilizada no âmbito da investigação sociológica. O seu uso só é viável em universos razoavelmente homogêneos (Pardal e Correia, 1995). Estas características adequam a sua administração aos alunos.

Para Pardal e Correia (1995), a construção das perguntas do questionário deve obedecer a vários princípios, de modo a ser compreendido da mesma forma por toda a população alvo. Assim, as perguntas devem ser estruturadas de forma precisa, concisa e unívoca, suscitando convergência de interpretações (princípio da clareza). É também fundamental atender ao princípio da coerência e da neutralidade. Enquanto o primeiro visa a importância da estrutura da questão corresponder à intenção da própria pergunta, o segundo acrescenta que as questões não devem induzir em caso algum uma determinada resposta.

De acordo com Pardal e Correia (1995), um questionário com uma boa apresentação tem mais possibilidades de ser bem acolhido junto dos inquiridos. Desta forma, procurou-se elaborar um questionário esteticamente atraente. Segundo os mesmos autores, é fundamental que o questionário seja apresentado através de uma nota introdutória que explica aos inquiridos o objectivo do estudo e apela à sua colaboração e termine com agradecimento aos participantes pela sua disponibilidade, o que também foi efectuado. Devem, preferencialmente, ser anónimos. No entanto, o que foi construído para este estudo não pôde ser, dado que servirá o propósito de obter informações junto dos Médicos de Família sobre o estado de saúde dos alunos. Face a esta situação foi solicitada autorização, como já foi mencionado, a todos os encarregados de educação. De salientar que os dados recolhidos durante este estudo foram tratados de forma confidencial.

O questionário construído comporta questões simples e concretas, de fácil interpretação e resposta, relacionadas com os comportamentos alimentares diários e adaptadas à faixa etária dos sujeitos da amostra. Recorreu-se a perguntas fechadas ou

de escolha fixa, em que se forneceu uma série de respostas entre as quais os jovens fizeram uma escolha, que também incluía a resposta – “outra situação, qual?”, que permitia a resposta livre.

Relativamente aos objectivos das questões, estes são muito variados e prendem-se nomeadamente com a caracterização pessoal, hábitos alimentares/informação nutricional, avaliação do estado de saúde que inclui a avaliação antropométrica e estilos de vida (Quadro 6).

**Quadro 6** – Organização/estruturação do questionário

QUESTIONÁRIO			
CATEGORIAS		ASPECTOS A CONHECER	QUESTÕES
1.		Dados Pessoais Assistência médica	1.1. - 1.6 <b>(6 questões)</b>
2.		Hábitos alimentares/informação nutricional	2.1 – 2.18 <b>(18 questões)</b>
3.	3.1.	Avaliação do Estado de Saúde	3.1.1. – 3.1.6 <b>(6 questões)</b>
	3.2.	Avaliação Subjectiva dos Dados Estado - Ponderais	3.2.1. – 3.2.6 <b>(6 questões)</b>
	3.3.	Avaliação Antropométrica	3.3.1. – 3.3.4.1. <b>(6 itens determinados pelo investigador)</b>
4.		Estilo de Vida (actividade física / lazer – nº horas / nº horas sono – dia)	4.1 – 4.5 <b>(6 questões)</b>

#### 3.4.2. Inquérito por entrevista

Uma entrevista é, genericamente, uma conversa tendo em vista um objectivo. Baseia-se na aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana. Os métodos de entrevista caracterizam-se por um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores (Quivy, 1998). Permite por isso obter informações mais autênticas, ricas e aprofundadas. Porém, a morosidade da sua aplicação e do tratamento dos dados impede a sua aplicação a amostras de grande dimensão, pelo que o número de entrevistados deve ser restrito.

Geralmente distinguem-se, de acordo com a sua estruturação, entrevistas não estruturadas, semi-estruturadas e estruturadas, sendo a segunda de grande utilização em investigação social (Pardal e Correia, 1995). Numa entrevista semi-estruturada, ou semi-directiva, o investigador define uma série de questões-guia, relativamente abertas e pertinentes para o propósito do estudo. Estas são colocadas pela ordem e na formulação que parecer mais adequada e natural no decurso da conversa. O investigador incentiva o seu interlocutor a falar abertamente, mas sempre que necessário, interfere no sentido de encaminhar a entrevista para os seus objectivos. Esta modalidade é adequada a um estudo como o que é relatado nesta dissertação, dado que permite ao aluno entrevistado informar sobre as suas percepções, interpretações e experiências, sobre os seus hábitos alimentares/estilos de vida.

Quanto aos objectivos da entrevista neste estudo, de acordo com a classificação de Ghiglione e Matalon (1993), trata-se de uma entrevista de estudo ao nível de aprofundamento de um tema que, abordado previamente através do questionário, não está suficientemente explicado num ou noutro aspecto.

A fim de facilitar a aplicação da técnica, optou-se pela gravação áudio, ficando assim a investigadora liberta do registo das informações, o que possibilita uma maior concentração no encaminhamento da conversa para obter toda a informação pertinente. Posteriormente as entrevistas foram transcritas (Anexo 6).

#### **3.4.3. Ficha de dados “Avaliação geral do estado de saúde”**

Este instrumento foi expressamente construído para registar os dados fornecidos pelos Médicos de Família dos alunos caracterizados com risco acrescido (IMC/sexo/idade correspondente a baixo peso e obesidade) do grupo de “alunos em risco”. Permitiu registar as consultas que efectuaram ao longo do ano de 2005 e caracterizar globalmente o estado de saúde do aluno, utilizando os parâmetros Bom, Razoável e Mau.

### **3.5. Validação dos questionários**

Os questionários foram validados pelo Professor Doutor António Maria Martins, Sociólogo, Professor no Departamento de Ciências da Educação da Universidade de

Aveiro e pela Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, Psicóloga, Professora e Investigadora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa.

O questionário foi ainda analisado pela Doutora Ester Vinha Nova, Nutricionista do Gabinete de Nutrição da Subregião de Saúde de Viseu, a qual se pronunciou a favor da sua aplicação.

### **3.6. Teste piloto**

Para verificar da adequação do questionário à população alvo, realizou-se um estudo piloto de acordo com Pardal e Correia (1995). Foi solicitado a duas turmas da Escola E.B. 2,3 Dr. Azeredo Perdigão (uma de 5ºano e outra de 9ºano), que não pertenciam à amostra, que respondessem aos questionários, para detectar possíveis dificuldades no que respeita à sua interpretação. O teste piloto foi efectuado no dia 24 de Novembro de 2005, a 43 alunos da referida escola. Com esta aplicação e posterior diálogo com os inquiridos, procurámos constatar se todas as questões eram compreendidas de igual maneira, averiguar o tempo necessário para o preenchimento, verificar a adequação das questões face às informações pretendidas, verificar se a ordem das questões era aceitável e aferir o interesse e motivação dos inquiridos no seu preenchimento. Após este procedimento, efectuou-se as necessárias reestruturações, de forma a simplificar a linguagem utilizada.

### **3.7. Recolha de dados**

A aplicação dos questionários foi efectuada na terceira e quarta semanas de Janeiro de 2006 em Viseu e Moimenta da Beira, respectivamente, tendo sido efectuada de acordo com as aulas de C. Natureza/C. Naturais/Biologia. Este processo decorreu de acordo com o previsto e num clima de cordialidade e manifesto interesse por parte de todos os alunos envolvidos. A avaliação antropométrica foi realizada com recurso a um medidor extensível com craveira, a uma balança electrónica e a fita métrica adequada para medição do perímetro da cintura e da anca.



As entrevistas foram realizadas nos dias 30 e 31 de Março de 2006 à Maria (aluna pertencente à amostra urbana com 10 Anos e que apresentava um IMC/idade/sexo-14,4 correspondente a **baixo peso**) e José (aluno pertencente à amostra rural com 14 Anos e que apresentava um IMC /idade/sexo - 37,1 correspondente a **obesidade mórbida**), respectivamente. Tiveram a duração aproximada de trinta minutos e foram feitas em registo áudio.

As fichas de dados "Avaliação geral do estado de saúde" de todos os alunos do subgrupo dos "alunos em risco" foram entregues aos respectivos Directores dos Centros de Saúde; Viseu 1, Viseu 3 e Moimenta da Beira. Depois de devidamente preenchidas foram devolvidas ao investigador.

### **3.8. Técnicas de Tratamento dos dados**

#### ***3.8.1. Tratamento dos dados do questionário***

Os dados foram introduzidos, tratados e analisados numa base de dados específica do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13.0.

Optou-se por fazer uma análise descritiva, apresentando as frequências e valores percentuais, dada a natureza das perguntas que constam do questionário. Os resultados são apresentados em tabelas e gráficos individuais, a fim de facilitar uma leitura mais concisa e objectiva dos mesmos. Os dados da avaliação antropométrica (IMC), a ocupação das horas de lazer e de sono são apresentados através da média e do desvio padrão.

#### ***3.8.2. Tratamento dos dados da entrevista***

Perante os documentos obtidos nas duas entrevistas, seguiu-se um trabalho delicado e complexo de interpretação. Esta tarefa envolveu-se obviamente de condicionalismos inerentes à subjectividade e ao contexto que caracteriza o estudo, bem como à dimensão muito reduzida da amostra. No que se refere às entrevistas, tratou-se de tornar o discurso mais inteligível, mas conservando as questões pertinentes, clarificar

as respostas, a propósito dos vários pontos do guião e identificar posições vantajosas na avaliação dos hábitos alimentares/estilos de vida dos entrevistados.

Optámos pela análise de conteúdo, aplicando uma técnica para explorar os dados das entrevistas de acordo com Ghiglione e Matalon (1993). Esta técnica permite dar significado às palavras proferidas mediante a construção de um sistema de categorização, que se pretende fiel e rigoroso. Tendo em conta a especificidade dos objectivos das entrevistas e o número de elementos da amostra, optou-se por um sistema de categorias não exaustivo, destinado a evidenciar dados mais pertinentes, que a seguir se menciona no quadro 7.

**Quadro 7 – Categorização do conteúdo das questões da entrevista**

<b>1. Reconhecer alimentação saudável P1</b>	<b>5. Definir o estado de saúde P8 P9</b>
<b>2. Descrever/Conhecer os hábitos alimentares P2 P3</b>	<b>6. Definir a auto-imagem P10 P11 P12</b>
<b>3. Reconhecer a influência dos progenitores e /ou outras pessoas na forma como se alimenta P4 P5 P6</b>	<b>7. Identificar os indivíduos que podem “ajudar” a alterar os hábitos alimentares/estilos de vida P13 P14 P15</b>
<b>4. Descrever em pormenor a actividade física que realiza P7</b>	<b>8. Reconhecer a necessidade de vigilância P17</b>

Partimos do pressuposto que as respostas dadas pelos alunos entrevistados reflectem legitimamente as suas ideias. Sabemos, contudo, que tais respostas são elaboradas numa situação concreta, num determinado momento e dependem da interpretação que o entrevistado faz com base nas suas vivências e no seu quadro de referência.

### **3.8.3.Tratamento da Ficha de dados “Avaliação geral do estado de saúde”**

Os dados registados pelos Médicos de Família nas referidas fichas foram compilados num quadro construído para o efeito, que, depois de devidamente analisado, permitiu cruzar informação recolhida, com vista à identificação do subgrupo de “alunos em risco”.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. Tratamento estatístico

As respostas dadas pelos alunos às perguntas do questionário permitiram a elaboração de grupos de respostas, de acordo com as categorias definidas: hábitos alimentares/informação nutricional, avaliação do estado de saúde/avaliação antropométrica e estilos de vida (prática de actividade física /sedentarismo, ocupação dos tempos livres/recreio e lazer e horas de sono). Definidas as categorias em função dos objectivos estabelecidos e estatisticamente trabalhados pelo programa SPSS 13.0, visando comparar os dois grupos (área urbana e área rural), determinou-se a frequência das respostas relativa a cada categoria. Os resultados obtidos são apresentados em tabelas de dupla entrada e gráficos, procedendo-se à sua interpretação.

##### 4.1.1. Questionário

#### Hábitos alimentares/informação nutricional

**Tabela 11 – Composição do pequeno-almoço**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Composição pequeno- almoço	Absolutamente nada	8	4	12
		4,8%	2,3%	3,5%
	Leite ou iogurte com cereais e uma peça de fruta	42	37	79
		25,0%	21,6%	23,3%
	Um copo de leite e uma torrada	58	67	125
		34,5%	39,2%	36,9%
	Outra situação. qual?	60	63	123
		35,7%	36,8%	36,3%
Total		168	171	339

Os resultados da Tabela 11 revelam que a maioria dos alunos ingere ao pequeno-almoço um copo de leite e uma torrada, independentemente do local onde se situa a escola (rural N=58, 34,5%; urbana N=67, 39,2%); seguindo-se o leite ou iogurte com cereais e uma peça de fruta (rural N=42, 25%; urbana N=37, 21,6%).

**Tabela 12 – Frequência de ingestão de leite e derivados**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Frequência de ingestão de leite e derivados	Uma vez por dia	48	49	97
		28,6%	28,7%	28,6%
	Várias vezes ao dia	103	100	203
		61,3%	58,5%	59,9%
	Cerca de quatro vezes por semana	8	3	11
		4,8%	1,8%	3,2%
	Outra situação. Qual?	9	19	28
		5,4%	11,1%	8,3%
Total		168	171	339

Dos resultados apurados estatisticamente, observámos que, relativamente à ingestão de leite e derivados, a maioria dos inquiridos (rural N=103, 61,3%; urbana N=100, 58,5%), os ingere várias vezes ao dia. No entanto, verifica-se que há alunos que o fazem apenas uma vez por dia, numa percentagem pouco significativa nas diferenças entre os dois grupos de amostra (rural N=48, 28,6%; urbana N=49, 28,7%).

**Tabela 13 – Média de refeições diárias**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Média de refeições diárias	Três: pequeno-almoço, almoço e jantar.	35	47	82
		20,8%	27,5%	24,2%
	Cinco: Faço um lanche a meio da manhã e a meio da tarde.	104	87	191
		61,9%	50,9%	56,3%
	Seis ou sete.	6	12	18
		3,6%	7,0%	5,3%
	Outra situação. Qual?	23	25	48
		13,7%	14,6%	14,2%
Total		168	171	339

Verificámos que os alunos, tanto da área rural (N=104, 61,9%), como da área urbana (N=87, 50,9%), praticam em média cinco refeições diárias (pequeno-almoço,

lanche a meio da manhã, almoço, lanche a meio da tarde e jantar). Sobressai também a percentagem de alunos que tomam apenas as três refeições diárias (pequeno-almoço, almoço e jantar) (rural N=35, 20,8%; urbana N=47, 27,5%). As principais refeições são feitas fora de casa, exceptuando-se o jantar.

**Tabela 14 – Consumo diário de vegetais frescos**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Consumo diário de vegetais frescos	Nenhum	5	7	12
		3,0%	4,1%	3,5%
	Uma de vez em quando	98	92	190
		58,3%	53,8%	56,0%
	Duas vezes por dia	49	46	95
		29,2%	26,9%	28,0%
	Três ou mais vezes por dia	5	8	13
		3,0%	4,7%	3,8%
	Outra situação	11	18	29
		6,5%	10,5%	8,6%
Total		168	171	339

Relativamente ao consumo diário de vegetais frescos, verificámos que a maioria dos inquiridos dos dois grupos da amostra os consome uma, de vez em quando (rural N=98, 58,3%; urbana N=92, 53,8%). Salvaguarda-se também o facto de o fazerem duas vezes por dia (rural N=49, 29,2%; urbana N=46, 26,9%).

**Tabela 15 – Consumo semanal de peixe**

		AREA		Total
		Rural	Urbana	
Consumo semanal de peixe	Não	8	8	16
		4,8%	4,7%	4,7%
	Sim, pelo menos quatro vezes por semana	16	15	31
		9,5%	8,8%	9,1%
	Sim, duas vezes por semana	99	96	195
		58,9%	56,1%	57,5%
	Sim, raramente	36	30	66
		21,4%	17,5%	19,5%
	Sim, outra situação	9	22	31
		5,4%	12,9%	9,1%
Total		168	171	339

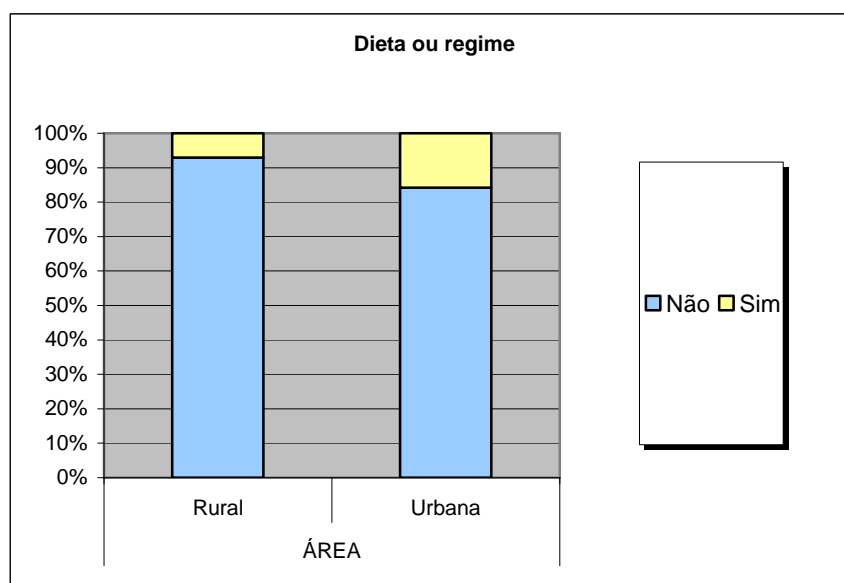
Os resultados da Tabela 15, relativa à frequência de consumo semanal de peixe, mostram que a maioria dos inquiridos consome peixe duas vezes por semana (rural

N=99, 59,9%; urbana N=96, 56,1%). Considerámos que o consumo ocasional de peixe obteve os seguintes valores: rural N=36, 21,4%; urbana N=30, 17,5%.

**Tabela 16 – Consumo de carne**

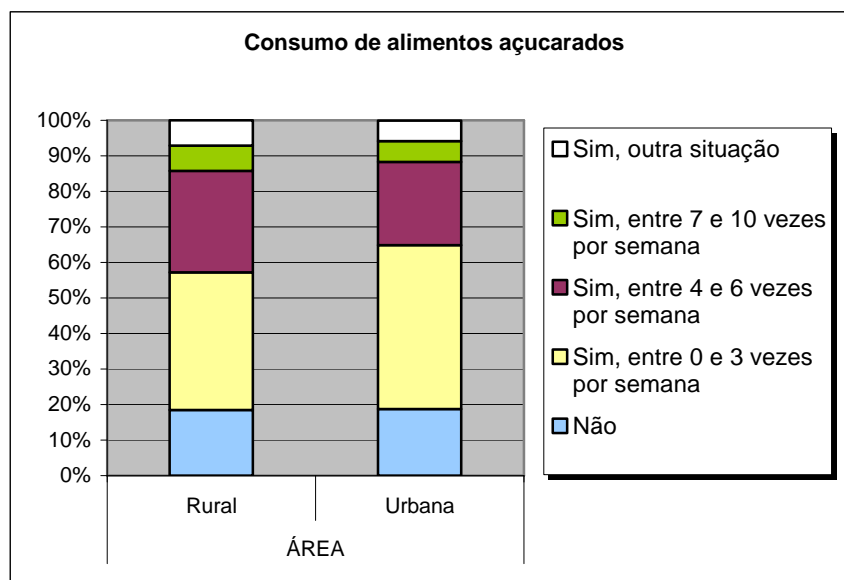
		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Consumo de carne	Não	12	17	29
		7,1%	9,9%	8,6%
	Sim, como carne todos os dias	43	52	95
		25,6%	30,4%	28,0%
	Sim, como carne branca - porco ou vaca 1 vez por semana	52	55	107
		31,0%	32,2%	31,6%
	Sim, costume comer carne vermelha três vezes por semana	38	25	63
		22,6%	14,6%	18,6%
	Sim, outra situação	23	22	45
		13,7%	12,9%	13,3%
Total		168	171	339

Ao observarmos os resultados da Tabela 16, verificámos que estes variam no que diz respeito à frequência do consumo de carne (rural N=43, 25,6%; urbana N=52, 30,4%) e tipo (carne branca – porco ou vaca uma vez por semana - rural N=52, 31%; urbana N=55, 32,2%), (carne vermelha três vezes por semana - rural N=38, 22,6%; urbana N=25, 14,6%).



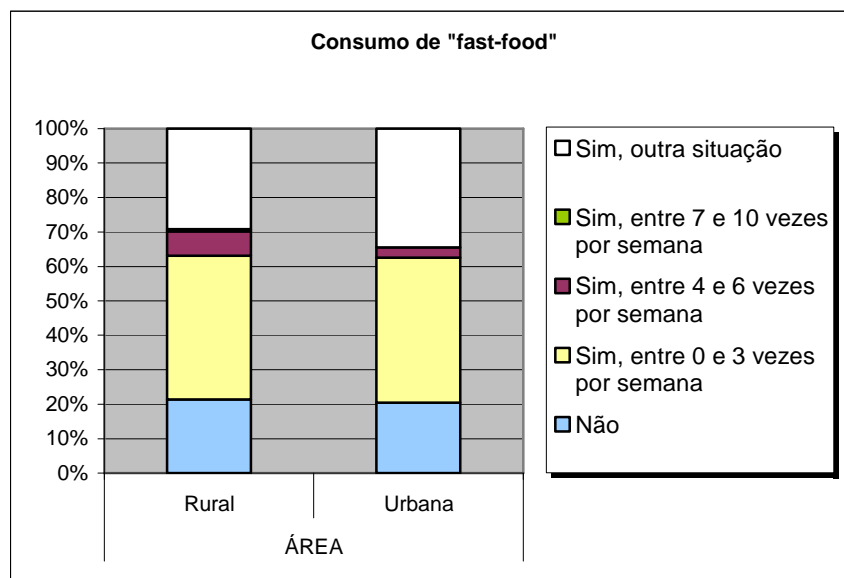
**Figura 3 – Dieta ou regime**

Os resultados da Figura 3 revelam que a maioria dos alunos, não praticam dieta ou regime (rural N=156, 92,9%; urbana N=144, 84,2%). No entanto, há uma significativa percentagem de alunos de escolas urbanas sujeitos a dieta ou regime (N=27, 15,8%).



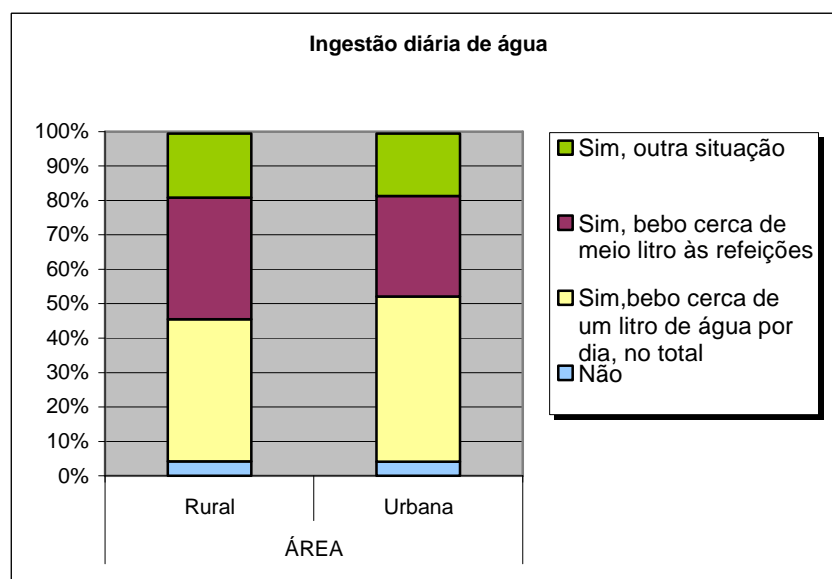
**Figura 4** – Consumo de alimentos açucarados

Após analisarmos os resultados da Figura 4, relativos ao consumo de alimentos açucarados, apurámos que são os alunos da amostra das escolas do meio urbano que os consomem entre 0 e 3 vezes por semana (N=79, 46,2%), quando comparados aos da amostra do meio rural (N=65, 38,7%). No entanto, a situação inverte-se quando esta frequência passa a ser de 4 a 6 vezes por semana (rural N=48, 28,6%; urbana N=40, 23,4%).



**Figura 5 – Consumo de "fast-food"**

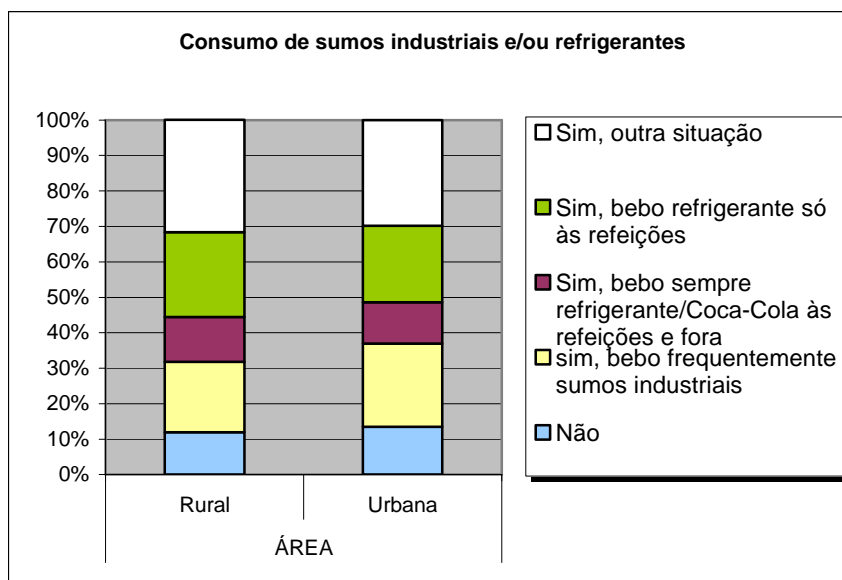
Analisando os resultados da Figura 5, apurámos que não existe uma diferença significativa no consumo de “fast-food”, pelos dois grupos de alunos. Assim, sobressaem os valores percentuais da frequência de consumo entre 0 e 3 vezes por semana para os dois grupos de amostra (rural N=70, 41,7%; urbana N=72, 42,1%). Verifica-se uma percentagem significativa de sujeitos que referem consumir este tipo de alimentos por ocasião de festas de aniversário (rural N=49, 29,2%; urbana N=59, 34,5%), estando os alunos das escolas do meio urbano em maior percentagem.



**Figura 6 – Ingestão diária de água**



No que concerne ao consumo diário de água, apurámos, pelos resultados da Figura 6, que sobressai o consumo de um litro de água por dia, no total, no grupo dos alunos que frequentam as escolas do meio urbano (N=82, 48%). Porém, há a salientar o valor dos alunos das escolas do meio rural, os quais referem a ingestão de meio litro de água às refeições (N=59, 35,3%).



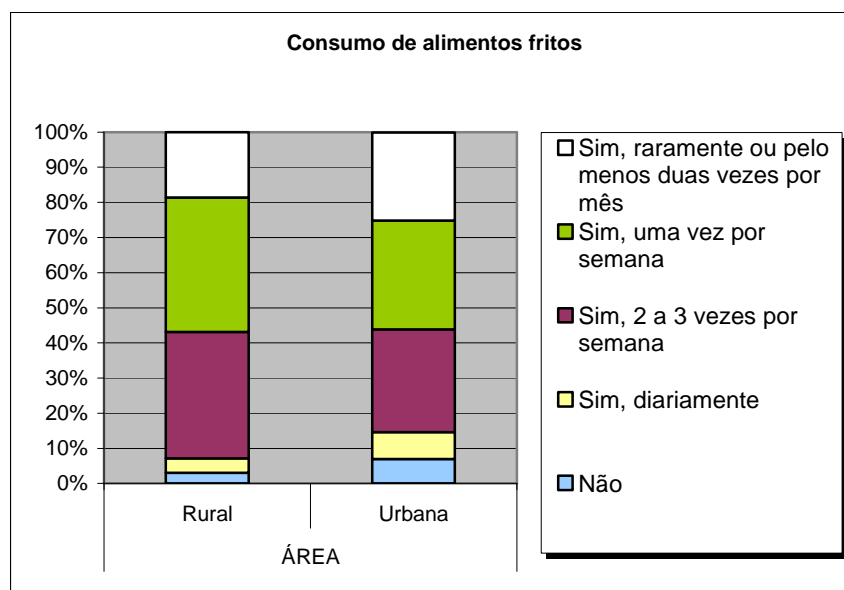
**Figura 7 – Consumo de sumos industriais e/ou refrigerantes**

Os resultados da Figura 7 demonstram que há quase uma homogeneidade de resultados, sobressaindo 24% (N=40) dos alunos a frequentar escolas do meio rural que referem a ingestão de refrigerantes às refeições. Realça-se concomitantemente uma quase paridade de valores em outras situações apontadas pelos sujeitos inquiridos, independentemente da localização espacial das escolas (rural N=53, 31,7%; urbana N=51, 29,8%).

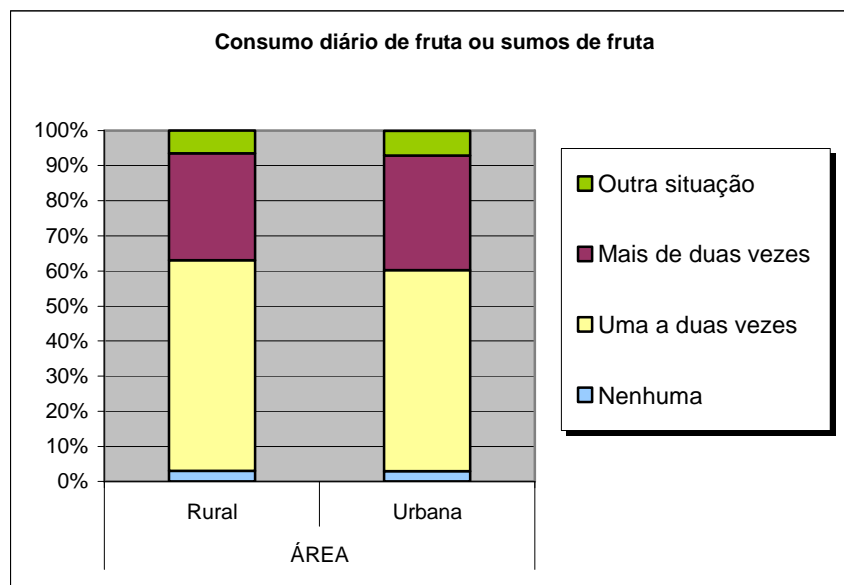
**Tabela 17** – Consumo de bebidas alcoólicas

		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Consumo de bebidas alcoólicas	Não	104	123	227
		62,3%	71,9%	67,2%
	Sim, ocasionalmente	37	33	70
		22,2%	19,3%	20,7%
	Sim, frequentemente	7	2	9
		4,2%	1,2%	2,7%
	Sim, outra situação	19	13	32
		11,4%	7,6%	9,5%
Total		167	171	338

Apurámos, pela análise da Tabela 17, que a maioria dos alunos, independentemente da escola que frequentam, não consomem bebidas alcoólicas (rural N=104, 62,3%; urbana N=123, 71,9%). Todavia, há a registar uma quase paridade de resultados no seu consumo ocasional (rural N=37, 22,2%; urbana N=33, 19,3%).

**Figura 8** – Consumo de alimentos fritos

A análise da Figura 8 demonstra que há um consumo elevado de alimentos fritos nas duas amostras, sobressaindo no entanto, o grupo dos alunos que frequentam as escolas rurais (N=60, 35,9% duas ou três vezes por semana; N=64, 38,3% uma vez por semana).



**Figura 9** – Consumo diário de fruta ou sumos de fruta

Os resultados da Figura 9 demonstram que os inquiridos, na globalidade, consomem fruta ou sumos de fruta diariamente, sobressaindo uma quase homogeneidade de valores para ambos os grupos, nomeadamente no seu consumo uma a duas vezes por dia (rural N=101, 60,1%; urbana N=98, 57,3%). Ressalva-se ainda o seu consumo por mais de duas vezes por dia também para os dois grupos de amostra, (rural N=51, 30,4%; urbana N=56, 32,7%). Apesar das diferenças pouco significativas, são os alunos que frequentam as escolas rurais que mais consomem diariamente fruta ou sumos de fruta.

### Avaliação do estado de saúde/avaliação antropométrica

**Tabela 18** – Classificação do estado de saúde

		ÁREA		Total
		Rural	Urbano	
Classificação do estado de saúde	Bom	86	99	185
		51,2%	57,9%	54,6%
	Razoável	76	70	146
		45,2%	40,9%	43,1%
	Mau	6	2	8
		3,6%	1,2%	2,4%
Total		168	171	339

Apurámos que a maioria da amostra total afirma gozar de bom estado de saúde, sobressaindo 57,9% (N=99) dos alunos que frequentam as escolas urbanas e 45,2%

(N=76) dos que frequentam as escolas rurais que classificam o seu estado de saúde como razoável.

**Tabela 19 – Alimentação diária equilibrada**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Alimentação diária equilibrada	Sim	91	103	194
		54,2%	60,2%	57,2%
	Não. Porquê?	33	20	53
		19,6%	11,7%	15,6%
	Não sei	44	48	92
Total		168	171	339

Os resultados da Tabela 19 revelam que, maioritariamente, os dois grupos de amostra afirma praticar uma boa alimentação diária para manter a saúde (N=194, 57,2%). É importante referir que nas duas amostras há alunos que revelam não ter conhecimentos sobre o que é uma boa alimentação diária para lhes garantir saúde (rural N=44, 26,2%; urbana N=48, 28,1%). Salienta-se igualmente o número de alunos que afirma que não pratica uma boa alimentação, dado que consomem muitos doces (rural N=33, 19,6%; urbana N=20, 11,7%), dos quais sobressaem os que fazem parte do grupo dos alunos das escolas situadas na zona rural.

**Tabela 20 – Quebras de energia durante o dia**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Quebras de energia durante o dia	Sim. Em que altura do dia?	26	14	40
		15,6%	8,2%	11,8%
	Não	107	118	225
		64,1%	69,0%	66,6%
	Ocasionalmente	32	33	65
		19,2%	19,3%	19,2%
	Outra situação. Qual?	2	6	8
Total		167	171	338

A análise dos resultados da Tabela 20 mostra que os sujeitos inquiridos não referem quebras de energia durante o dia (N=225, 66,6%). Apesar de não se verificarem diferenças estatísticas significativas, sobressai o grupo de alunos das escolas urbanas (rural N=107, 64,1%; urbana N=118, 69%). Há a referir o facto de se registar uma quase

paridade de valores na quebra ocasional de energia durante o dia para ambos os grupos de amostra (rural N=32, 19,2%; urbana N=33, 19,3%). Salienta-se ainda que 15,6% (N=26) dos sujeitos das escolas rurais referem quebras de energia a meio da tarde.

**Tabela 21 – Frequência de consultas ao médico de família**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbana	
Frequência de consultas ao médico de família	Sim	52	47	99
		31,0%	27,5%	29,2%
	Não	32	55	87
		19,0%	32,2%	25,7%
	Raramente vou ao médico	61	44	105
		36,3%	25,7%	31,0%
	Outra situação. Qual?	23	25	48
		13,7%	14,6%	14,2%
Total		168	171	339

Pela análise da Tabela 21, verificámos que as percentagens mais elevadas dizem respeito aos sujeitos da amostra das escolas rurais, 36,3% (N=61) dos alunos refere que raramente solicitam o apoio do médico, seguindo-se 31% (N=52) que o fazem. Apurámos igualmente que no grupo dos alunos das escolas urbanas sobressai uma percentagem de 32,2% (N=55) que não frequentam normalmente o médico de família. Por vezes, os alunos das duas amostras consultam médicos conhecidos e/ou familiares (rural N=23, 13,7%; urbana N=25, 14,6%).

**Tabela 22 – Dados da auto-imagem**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbano	
Dados da auto-imagem	Ganhar peso	32	25	57
		20,0%	14,6%	17,2%
	Perder peso	61	63	124
		38,1%	36,8%	37,5%
	Manter o peso	64	76	140
		40,0%	44,4%	42,3%
	Outra situação. Qual?	3	7	10
		1,9%	4,1%	3,0%
Total		160	171	331

Ao analisar a Tabela 22 observámos que os sujeitos das duas amostras afirmam que devem manter o peso (rural N=64, 40%; urbana N=76, 44,4%). Notámos que uma percentagem significativa dos alunos refere a necessidade de perder peso, situação em

que se verifica uma quase homogeneidade de valores (rural N=61, 38,1%; urbana N=63, 36,8%).

**Tabela 23 – Avaliação antropométrica**

ÁREA		Idade nessa data	Peso	Altura	IMC
Rural	Média	13,56	55,735	1,6095	21,268
	Desvio Padrão	2,32	13,865	,1020	3,612
Urbano	Média	13,14	56,444	1,6197	21,328
	Desvio Padrão	2,02	13,141	,1078	3,686
Total	<b>Média</b>	<b>13,35</b>	<b>56,092</b>	<b>1,6147</b>	<b>21,299</b>
	<b>Desvio Padrão</b>	<b>2,18</b>	<b>13,490</b>	<b>,1050</b>	<b>3,644</b>

A nível da avaliação antropométrica, há a referir que apenas contabilizámos os denominados “alunos em risco”, definidos na fundamentação metodológica do presente estudo (3.2.). Assim, observámos que são os alunos das escolas do meio urbano que revelam médias superiores em todos os itens, nomeadamente no que concerne ao IMC (21,328). Nas tabelas 24 e 25 estão explicitadas as diferenças entre os dois grupos.

**Tabela 24 – Classificação do estado nutricional da amostra rural, segundo o sexo e o IMC**

IMC										
Sexo	Baixo Peso		Peso Normal		Excesso de peso		Obesidade		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	4	2,4	84	50	8	4,8	9	5,3	105	62,5
Masculino	-	-	47	28	7	4,2	9	5,3	63	37,5
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>2,4</b>	<b>131</b>	<b>78</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>10,6</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

**Tabela 25** – Classificação do estado nutricional da amostra urbana, segundo o sexo e o IMC

IMC										
Sexo	Baixo Peso		Peso Normal		Excesso de peso		Obesidade		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	3	1,7	63	36,9	12	7	9	5,3	87	50,9
Masculino	3	1,7	60	35,1	6	3,5	15	8,8	84	49,1
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>3,4</b>	<b>123</b>	<b>72,0</b>	<b>18</b>	<b>10,5</b>	<b>24</b>	<b>14,1</b>	<b>171</b>	<b>100</b>

Podemos considerar que na avaliação do estado de saúde, os jovens das duas amostras afirmam que apresentam uma boa saúde, fazendo para isso uma boa alimentação. No entanto, na avaliação antropométrica registam-se diferenças significativas nos dois grupos em todos os itens. Os jovens do meio urbano apresentam maior percentagem do número de indivíduos com baixo peso, excesso de peso e obesidade, constituindo 31% (53 alunos) da amostra os “alunos em risco”. No grupo rural 22,6% (38 alunos) da amostra constituem os “alunos em risco”.

### Estilos de vida

(prática de actividade física /sedentarismo, ocupação dos tempos livres /recreio e lazer e horas de sono)

**Tabela 26** – Descrição do estilo de vida

		AREA		Total
		Rural	Urbano	
Descreve estilo de vida como...	Calmo	63	44	107
		37,5%	25,7%	31,6%
	Activo	71	95	166
		42,3%	55,6%	49,0%
	Agitado	33	24	57
		19,6%	14,0%	16,8%
	Outra situação. Qual?	1	8	9
		,6%	4,7%	2,7%
Total		168	171	339

Os resultados da Tabela 26 revelam que o estilo de vida mais referenciado pela amostra total (N=166, 49%) é o activo, no qual sobressaem os alunos das escolas

urbanas com 55,6% (N=95), seguidos dos das escolas rurais com 42,3% (N=71). Consideramos importante referir que há uma percentagem significativa de inquiridos que descreve o seu estilo de vida como sendo calmo (rural N=63, 37,5%; urbana N=44, 25,7%).

**Tabela 27 – Participação activa nas aulas de Educação Física**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbano	
Participação activa nas aulas de Educação Física	Sim	129	138	267
		76,8%	80,7%	78,8%
	Não	1	6	7
		,6%	3,5%	2,1%
	Às vezes	34	25	59
		20,2%	14,6%	17,4%
	Outra situação. Qual?	4	2	6
		2,4%	1,2%	1,8%
Total		168	171	339

Observámos que a maioria dos alunos inquiridos tem uma participação activa nas aulas de Educação Física, independentemente do meio onde se situa a escola (rural N=129, 76,8%; urbana N=138, 80,7%). Verifica-se também que 17,4% (N=59) da amostra total só participa activamente nas aulas de Educação Física (rural N=34, 20,2%; urbana N=25, 14,6%).

**Tabela 28 – Prática de desporto**

		ÁREA		Total
		Rural	Urbano	
Prática de desporto	Não.	76	81	157
		45,2%	47,4%	46,3%
	Sim. Qual?	92	90	182
		54,8%	52,6%	53,7%
Total		168	171	339

Verificámos que, par além da actividade física escolar, a maior percentagem de respostas é afirmativa, independentemente da localização espacial das escolas (rural N=92, 54,8%; urbana N=90, 53,7%).



**Tabela 29** – Frequência da ocupação das horas de lazer / Nº horas de sono diárias

ÁREA		Ver T.V.	Utilizar computador	Ouvir música	Jogar consola	Conversar, estar com os amigos	Horas de sono diárias
Rural	Média	11,08	6,76	8,07	1,68	11,56	8,64
	Desvio Padrão	9,23	8,95	8,74	3,99	14,11	1,10
Urbano	Média	12,33	8,61	8,37	1,94	10,63	8,51
	Desvio Padrão	8,34	6,84	7,05	4,12	10,55	1,16
Total	Média	11,71	7,69	8,22	1,81	11,09	8,58
	Desvio Padrão	8,80	8,00	7,93	4,06	12,43	1,13

Verificámos que a maioria dos alunos inquiridos, ocupa as horas de lazer de diversas formas, preferencialmente a ver T.V. e a conversar com os amigos. Salvaguarda-se que há uma quase homogeneidade de médias relativamente às horas de sono diárias (rural 8,64; urbana 8,51).

O quadro 8 menciona em síntese as características dos hábitos alimentares e dos estilos de vida da maioria dos adolescentes em estudo.

**Quadro 8** – Síntese de resultados

<p><b>Hábitos alimentares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ingestão em média de cinco refeições;</li> <li>- ingestão de pequeno-almoço, composto por leite e torrada;</li> <li>- ingestão de leite e derivados várias vezes ao dia;</li> <li>- baixo consumo de vegetais frescos;</li> <li>- consumo preferencial de carne;</li> <li>- ingestão de peixe duas vezes por semana;</li> <li>- consumo de alimentos açucarados;</li> <li>- consumo de frutas e/ou sumos de fruta uma a duas vezes por dia;</li> <li>- consumo de alimentos fritos uma a três vezes por semana;</li> <li>- consumo de água e sumos industriais e/ou refrigerantes;</li> <li>- consumo de “fast-food” três vezes por semana;</li> <li>- não consomem bebidas alcoólicas.</li> </ul>	<p><b>Estilos de vida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prática de actividade física/desporto;</li> <li>- ocupação de horas de lazer com actividades sedentárias ( ver T.V./conversar com os amigos);</li> <li>- média de horas de sono - 8,58.</li> </ul>
---	---

## **4.2. Análise de conteúdo**

As entrevistas foram tratadas por análise de conteúdo, mediante a categorização efectuada, como já foi referido. Os resultados das fichas de dados “Avaliação geral do estado de saúde” são apresentados em quadro.

### **4.2.1. Entrevista**

Baseando-nos nos quadros 9 e 10 que a seguir se apresentam, podemos considerar que os dois alunos entrevistados forneceram informações mais pormenorizadas, relativamente a um ou outro ponto do questionário, que permitiram *CONHECER* os seus hábitos alimentares/estilos de vida.

Da análise das respostas à questão **P1**, podemos inferir que os dois alunos reconhecem de alguma forma noções de uma alimentação saudável, não significando porém que as ponham em prática. Reconhecem que os familiares mais próximos se preocupam e insistem para alterar o modo de se alimentarem. No entanto, essa preocupação não se traduz em alterações do comportamento alimentar e sedentário.

Afirmam ainda de forma peremptória, que estão de boa saúde.

A auto-imagem dos dois alunos está abalada, é claro de forma diferente. Verifica-se que a Maria não a assume frontalmente e demonstra insegurança, ao contrário do José que assume a necessidade de mudar o seu corpo.

Perante esta análise global e verificando nas duas situações que o papel do Médico de Família é importante, estabeleceu-se um contacto pessoal com o referido profissional, no sentido de delinear uma estratégia de vigilância que permita *PREVENIR* o aparecimento de doenças decorrentes da situação nutricional que os alunos apresentam. As estratégias definidas englobam a participação do Médico de Família, do aluno, de familiares e do profissional de educação.

**Quadro 9** – Análise de conteúdo das entrevistas de acordo com a categorização definida

Categorização das respostas	Entrevistados	
	Meio urbano (Maria 10 Anos)  IMC/idade/sexo 14,4 <b>Baixo peso</b>	Meio rural (José 14 Anos)  IMC /idade/sexo 37,1 <b>Obesidade</b>
Reconhecer alimentação saudável <b>P1</b>	-“Sim” -“Comer um pouco de todos os alimentos, não comer muitos doces, comer muita fruta e legumes, comer mais peixe do que carne”	-“ Não”. -“Evitar ao máximo de açúcar, comer muita fruta, ao almoço não comer muito, fazer quatro, cinco refeições”
Descrever/Conhecer os hábitos alimentares <b>P2 P3</b>	-“7:30- Cereais com leite 10:05- Bolo 13:30- Carne com arroz, salada, sopa 17:00- Pão e leite 20:30- Carne com massa (Deitei-me eram 21:15) ” -“Sim”	-“8:00- Cereais com leite 10:00- Tosta mista, ice-tea 12:00- Coca-cola Almoço- Só comi a sobremesa, morangos (deitei quase tudo fora, era massa com carne e eu não gostava) Meio da tarde- Tosta mista, ice-tea (Comi muitas guloseimas porque tive um aniversário) 17:30- Pão, leite com chocolate Jantar- Não jantei, só comi algumas guloseimas (Deitei-me eram 23:30)” -“ Sim”
Reconhecer a influência dos progenitores e /ou outras pessoas na forma como se alimenta <b>P4 P5 P6</b>	- “Sim; dizem que eu tenho de comer mais...” - “Às vezes” - “Cozinham em casa; sim, cozinham o que eu gosto”. - “Os meus pais e a médica”.	-“ Passam a vida a chatear-me o juízo, para não comer isto, não comer aquilo, etc”. -“ Às vezes” -“. Cozinham, só às vezes é que vão ao restaurante. Não (...) não gosto muito de peixe (tem muitas espinhas) ”
Descrever em pormenor a actividade física que realiza <b>P7</b>	“Não pratico desporto, passo muito tempo no sofá a ver televisão”	“Faço muito exercício, jogo à bola todos os dias, mas também jogo muito computador (cerca de 1-2 horas por dia) ”

**Quadro 10** – Análise de conteúdo das entrevistas de acordo com a categorização definida (Continuação)

Categorização das respostas	Entrevistados	
	Meio urbano (Maria 10 Anos)  IMC/idade/sexo 14,4 <b>Baixo peso</b>	Meio rural (José 14 Anos)  IMC /idade/sexo 37,1 <b>Obesidade</b>
Definir o estado de saúde <b>P8 P9</b>	- “Sim”  - “Não”	“Sinto, sei que sou <u>maior(?)</u> que os outros, mas consigo fazer as mesmas coisas que eles”. “..., não consigo aguentar tanto como os outros, como na aula de Educação Física”,
Definir a auto-imagem <b>P10 P11 P12</b>	- “Estou contente com o meu corpo, não mudava nada”.  - “Dizem que sou muito magra, mas não me preocupa”  - “Sim”	- “Não gosto do meu corpo, gostaria de ser mais magro (mudava o peso)”. - (...) fazer dieta, que estou um bocadinho... dizem para não comer tanto, para não andar sempre a comer mistos e assim (só às vezes é que os ouço) - “ Sim, tenho muitos amigos; às vezes há pessoas que me gozam, chamam-me de gordo, de bucha, mas eu não ligo e os meus amigos defendem-me.
Identificar os indivíduos que podem “ajudar” a alterar os hábitos alimentares/estilos de vida <b>P13 P14 P15</b>	- “Ninguém, estou bem”.  - “A minha médica de família diz que eu deveria comer mais, mas ela não me poderia ajudar mais pois eu estou bem”.  - “Não”.	- “ Os meus pais e os meus melhores amigos”  - “Sim, pode ajudar-me”  - “ A minha directora de turma”.  .
Reconhecer a necessidade de vigilância <b>P17</b>	“Sim”.	“Sim”.

#### 4.2.2. Ficha de dados “Avaliação geral do estado de saúde”

Da análise dos quadros 11 e 12, inferimos que os alunos, determinados como em “risco” coincidem na sua grande maioria, na estimativa efectuada pelos médicos relativamente ao estado de saúde. Esta ficha permitiu, ainda, que os alunos da amostra urbana desprovidos de apoio médico passassem a tê-lo. Verificaram-se resultados práticos imediatos neste processo, no que diz respeito a um aluno que apresentava obesidade mórbida.

**Quadro 11** – Avaliação do estado de saúde (casos passíveis de intervenção) realizada pelos Médicos de Família – **amostra rural**

<div> <div>REGISTO DE DADOS</div> <div>Avaliação do estado saúde</div> </div>			
<div> <div>AMOSTRA RURAL</div> <div>23 alunos passíveis de intervenção</div> </div>			
Nº de caso	Nº consultas (2005)	Motivo da consulta(s)	Avaliação do estado de saúde
1	1	Virose	R
2	2	Virose/letargia	R
3	1	Virose	B
4	1	Virose	R
5	1	Letargia	M
6	2	Virose/otite	R
7	1	Virose	R
8	1	Prob. digestivos	R
9	3	Síndrome gripal	M
10	1	Virose	R
11	2	Síndrome gripal	R
12	1	Virose	R
13	1	Virose	B
14	2	Letargia	R
15	1	Síndrome gripal	M
16	2	Prob. digestivos	R
17	1	Virose	R
18	3	Prob. digestivos	R
19	1	Virose	B
20	1	Amigdalite	R
21	2	Virose	R
22	1	Síndrome gripal	B
23	1	Síndrome gripal	M

M – Mau

R – Razoável

B – Bom

**Quadro 12** – Avaliação do estado de saúde (casos passíveis de intervenção) realizada pelos Médicos de Família – **amostra urbana**

<div> <div> <b>REGISTO DE DADOS</b>  Avaliação do estado saúde </div> <div> <b>AMOSTRA URBANA</b>  31 alunos passíveis de intervenção </div> </div>			
Nº de caso	Nº consultas (2005)	Motivo da consulta(s)	Avaliação do estado de saúde
1	1	Virose	B
2	2	Amigdalite	R
3	3	Letargia	M
4	1	Virose	B
5	-	-	b)
6	2	Virose	B
7	2	Letargia/Virose	R
8	1	Síndrome gripal	R
9	1	Amigdalite	R
10	2	Síndrome gripal	M
11	1	Virose	B
12	1	Virose	B
13	1	Prob. Digestivos	R
14	2	Letargia	R
15	1	Letargia	R
16	1	Virose	M
17	1	Amigdalite	R
18	2	Prob. Digestivos	M
19	-	-	b)
20	2	Virose	R
21	1	Síndrome gripal	R
22	1	Letargia	R
23	1	Virose	R
24			a)
25			a)
26			a)
27			a)
28			a)
29			a)
30			a)
31			a)

a) Sem Médico de Família

b) Não há registo de consultas em 2005

**M** – Mau

**R** – Razoável

**B** – Bom

## CAPÍTULO V

### DISCUSSÃO

#### HÁBITOS ALIMENTARES

Analizados os resultados referentes aos hábitos alimentares/informação nutricional dos dois grupos, verifica-se uma quase paridade em alguns itens, facto que nos permite afirmar que **globalmente não há grande diferença nos hábitos alimentares dos jovens das duas amostras**, exceptuando-se algumas situações pontuais a que fazemos referência:

- **na amostra urbana:** verifica-se uma percentagem significativa (15,8%) de jovens que praticam um regime alimentar devido ao excesso de peso; ingerem alimentos açucarados (0 a 3 vezes) e “fast-food” (festas de aniversário) em maior percentagem e ingerem mais água que os jovens rurais.

- **na amostra rural:** regista-se um maior consumo de refrigerantes às refeições, maior consumo de alimentos fritos e ingerem diariamente mais fruta ou sumos de fruta (1 a 2 vezes).

Apresentar-se-á, em seguida, a discussão dos vários itens do questionário que permitiram caracterizar os hábitos alimentares dos adolescentes envolvidos.

#### Composição do pequeno-almoço

A maioria dos adolescentes toma o pequeno-almoço, constituído por um copo de leite e uma torrada (rural-34,5%; urbana-39,2%). Salientamos como nota positiva que uma reduzida percentagem (rural-4,8%; urbana-2,3%) não efectua esta refeição. Considera-se que esta refeição é essencial para repor e disponibilizar a energia necessária para uma manhã de actividade.

No estudo realizado por Janicas e colaboradores (2001), que abrangia jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, 15% não consumiam o pequeno-almoço. Os resultados evidenciados por Santos (1999), relativamente a este facto, situam-se nos 6,2%. De acordo com Matos (2003), no grupo de adolescentes que responderam ao inquérito da HBSC/OMS em 2002, a média de alunos que não toma esta

primeira refeição é de 4,75%, valor mais próximo dos resultados do presente estudo. No entanto, verifica-se que 8,1% dos adolescentes mais velhos (> 16 anos) admitem preferir esta refeição.

#### **Ingestão de leite e derivados**

A maioria (59,8%) dos inquiridos dos dois grupos ingere leite e derivados, várias vezes ao dia, 28% ingere este importante alimento uma vez por dia, resultados também obtidos por Santos (1999). No estudo já referenciado e desenvolvido por Matos e seus colaboradores (2003), os resultados situam-se nos 83,7% de jovens que consomem alimentos do grupo dos laticínios uma vez ao dia, indicando que são os rapazes os que consomem mais leite. Figueiredo e colaboradores (1994) descrevem consumos inferiores ao recomendado (500/600ml/dia; ou equivalente em derivados), em mais de metade do grupo analisado. Este facto dever-se-á possivelmente à ausência da prática de hábitos alimentares salutareis pela família, permitindo a opção por outros alimentos.

#### **Média de refeições**

A maioria dos alunos das duas amostras pratica em média 5 refeições, fora de casa, à excepção do jantar, o que está em consonância com Nielsen, Siega e Popkin (2002) (citado em Matos *et al.*, 2003). Este estudo revela que os adolescentes preferem efectuar as refeições fora de casa, em restaurantes e cadeias alimentares de “fast-food”.

No estudo de Santos (1999) a maioria dos jovens (50,6%) praticavam em média 4 refeições, com excepção de 42% (5 a 6 refeições). Estudos recentes mostraram que a maioria dos adolescentes faz três refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar) (Matos 2003).

Acresce referir, que consideramos muito positivo os adolescentes praticarem em média 5 refeições, facto que está em conformidade com os pressupostos de uma alimentação racional.

#### **Consumo diário de vegetais frescos**

A maioria dos inquiridos, no presente estudo, revela ingerir ocasionalmente vegetais, contrastando com os 28,05% que o fazem duas vezes por dia. Dados semelhantes foram referidos por Matos (2003) em que mais de metade dos jovens consome vegetais, pelo menos uma vez por semana e cerca de um quarto consome-os



pelo menos uma vez por dia. Este estudo revelou ainda que o consumo diminui à medida que a idade avança, uma vez que as escolhas alimentares recaem em alimentos considerados mais saborosos. Por outro lado, outros estudos revelam o baixo consumo de hortaliças e/ou saladas (Figueiredo *et al.*, 1994; Nicola *et al.*, 2001).

Estes dados levam-nos a inferir que o consumo de vegetais frescos pelos adolescentes é baixo, devido essencialmente a factores que se prendem com a falta de orientação familiar e de hábitos de consumo de vegetais frescos na infância, o que implica a rejeição pelos adolescentes deste tipo de alimentos, dado o seu paladar. Torna-se neste sentido premente, que a actuação da família seja decisiva, fomentando práticas que condicionem os hábitos alimentares futuros.

#### **Consumo de peixe/consumo de carne**

A maioria dos adolescentes inquiridos refere consumir peixe duas vezes por semana e manifesta preferência no consumo de carne, privilegiando a carne branca, como o peru e o frango e só ingere carne de porco ou de vaca uma vez por semana.

No estudo de Janicas e colaboradores (2001) é mencionado que as raparigas consomem alimentos mais saudáveis, nomeadamente peixe, por se preocuparem mais com a imagem corporal.

As opções alimentares demonstradas pelos adolescentes explicitam os padrões alimentares adoptados pela grande maioria dos jovens, que evidenciam a escolha dos alimentos em função de hábitos enraizados e sabores agradáveis, em detrimento de opções saudáveis.

#### **Consumo de alimentos açucarados**

O consumo de alimentos açucarados (doces e chocolates) apresentado pelos adolescentes inquiridos no estudo de Matos e seus colaboradores (2003) vai aumentando do grupo dos onze até ao grupo dos quinze anos. A partir dos dezasseis anos nota-se uma ligeira descida do consumo deste tipo de alimentos, embora, em todos os grupos de idades, mais de metade dos jovens consuma alimentos açucarados uma vez por semana. De salientar um aumento no consumo de alimentos açucarados em todos os grupos de idade em comparação com o estudo realizado, em 1998, pelo mesmo grupo de investigadores.

No estudo de Janicas e colaboradores (2001) 26,6% dos adolescentes consomem alimentos açucarados diariamente, apresentando 34% um maior consumo de bolos na merenda da manhã.

No presente estudo verifica-se que 38,7% dos jovens rurais e 46,2% dos jovens urbanos consomem alimentos açucarados entre 0 a 3 vezes por semana, permitindo afirmar que a grande maioria dos adolescentes envolvidos no estudo têm um consumo elevado de alimentos açucarados, variando, no entanto, a frequência de ingestão.

A disponibilização no mercado de géneros alimentícios de baixa densidade nutricional mas de alto valor calórico tem originado um aumento da preferência e do consumo destes em detrimento dos alimentos de alta densidade nutricional e baixo valor calórico. Este comportamento tem vindo a aumentar a ingestão calórica total diária. Face ao referido, constata-se que o consumo deste tipo de alimentos integrará sempre, de uma forma geral, o regime alimentar dos adolescentes, dado o paladar agradável e o efeito calórico rápido. O apelo ao consumo é ainda incentivado pelo marketing com “spots” publicitários apelativos e embalagens atractivas que incluem muitas vezes brindes.

O consumo exagerado de alimentos açucarados tem implicações a nível da saúde encontrando-se relacionado com algumas doenças mais comuns na adolescência (obesidade, diabetes mellitus I). Para os adolescentes em risco, a solução deste problema passa por estratégias preventivas de carácter interventivo que devem incluir: informação detalhada, promoção de hábitos saudáveis e manutenção da prática de actividade física.

#### **Consumo de “fast-food”**

A maioria dos jovens envolvidos no estudo consome “fast-food”, variando apenas percentualmente a frequência de ingestão. Como nota negativa salientamos que 42% ingerem “fast-food” entre 0 a 3 vezes por semana. De referir que os adolescentes da amostra rural e os da amostra urbana consomem este tipo de alimentos (29,2% e 34,5% respectivamente), por ocasião de festas de aniversário. Estes resultados estão em consonância com os obtidos por Matos (2003). Este trabalho refere, ainda, que são os rapazes que consomem mais este tipo de alimentos.

No estudo de Janicas e colaboradores (2001) 16% dos adolescentes ingerem “fast-food”, o que nos leva a admitir que o consumo deste tipo de alimentos aumentou. Perante este facto e para melhorar os níveis dietéticos dos adolescentes consideramos que as escolhas alimentares saudáveis fora de casa, devem “competir” (quer ao nível de

paladar, quer ao nível económico) com este tipo de alimentos, promovendo-se, assim, o incentivo à alteração de hábitos de consumo.

#### **Consumo de água/sumos industriais e/ou refrigerantes**

A grande maioria de jovens bebe água, sobressaindo os que ingerem um litro por dia. Relativamente aos sumos industriais e/ou refrigerantes podemos deduzir que são ingeridos pela grande maioria, assemelhando-se estes resultados aos de Matos e colaboradores (2003).

Salientamos como nota positiva que os adolescentes bebam água, dado que é um dos nutrientes fundamentais ao bom funcionamento do organismo, intervindo em funções vitais. Registamos, no entanto, que o consumo de sumos industriais e/ou refrigerantes é bastante expressivo. Estes líquidos, tão do agrado dos adolescentes, não apresentam na maioria dos casos qualidade nutricional. Consumos exagerados constituem um risco para sua saúde, por serem hipercalóricos.

#### **Consumo de bebidas alcoólicas**

Como nota positiva verificámos que a maioria (67%) dos adolescentes envolvidos neste estudo, não consome bebidas alcoólicas, valores em consonância com o estudo de Matos e seus colaboradores (2003). Estes autores ao compararem os estudos de 1998 e 2002 averiguaram uma grande diminuição do consumo ocasional.

O facto dos adolescentes mencionarem que não consomem álcool constitui um aspecto positivo para a sua saúde, uma vez que o seu crescimento e maturidade se processarão adequadamente. Verifica-se, no entanto, que o consumo ocasional de bebidas alcoólicas é expressivo e de alguma forma preocupante, dado que os jovens admitem o consumo, nessas ocasiões, de bebidas brancas.

#### **Consumo diário de frutas ou sumos de fruta**

A maioria dos jovens do presente estudo consome fruta e/ou sumos de fruta uma a duas vezes por dia, resultados de alguma forma coincidentes com os de Matos e colaboradores (2003). No entanto, para outros autores Figueiredo e colaboradores (1994) o consumo de fruta foi considerado insuficiente, dado que metade dos alunos não tinha o hábito de a ingerir. Janicas e colaboradores (2001) referem que entre os erros alimentares cometidos pelos jovens se encontra a baixa ingestão de fruta.

A ingestão insuficiente de frutas e também de vegetais encontra-se relacionada com o risco de doenças crónicas, pelo que, intervenções comportamentais baseadas numa mudança de dieta se tornam importantes para reduzir este risco.

#### Consumo de alimentos fritos

No presente trabalho verifica-se que 34,6% de adolescentes consomem alimentos fritos uma vez por semana, 32,5% o fazem duas a três vezes por semana e só 6% os consomem diariamente, valores contrastantes com os resultados de Matos e colaboradores (2003). Este trabalho refere o consumo de alimentos fritos numa grande percentagem de jovens.

O consumo exagerado de alimentos fritos acarreta riscos para a saúde, dado que o elevado teor lipídico destes alimentos estabelece uma baixa densidade nutricional, correspondendo, no entanto, a um alto valor calórico. Este factor é determinante na etiologia da obesidade.

#### Dieta ou regime

A maioria não faz dieta, mas uma percentagem significativa (15,8%) dos jovens do meio urbano refere praticar regime por considerar que está com excesso de peso. Tal como descrito por outros autores constata-se também a pratica de regimes especiais nas raparigas, possivelmente por apresentarem uma maior preocupação com a imagem corporal (Matos *et al.*, 2003). De facto, as preocupações com o corpo são cada vez maiores nas adolescentes, que aderem facilmente à “ditadura da linha”, enveredando por regimes alimentares desequilibrados conducentes à anorexia, bulimia, entre outras.

### ESTILOS DE VIDA

Dissecados os resultados referentes os estilos de vida, verificou-se que **não há diferenças expressivas nas “maneiras de viver” dos jovens das duas amostras**, relativamente à prática de actividade física /sedentarismo, ocupação dos tempos livres /recreio e lazer e horas de sono.

Apresenta-se a seguir, a discussão dos vários itens do questionário que permitiram caracterizar os estilos de vida dos adolescentes.

O estudo revelou que 49% dos adolescentes consideram que têm um estilo de vida activo. A maioria (79%) refere participar activamente nas aulas de Educação Física e 54% pratica desporto, sendo o futebol a modalidade mais praticada. Realça-se, como nota negativa, que uma percentagem elevada de jovens (46%) não pratica desporto. Estes resultados estão de acordo com Matos e colaboradores (2003). Face a esta constatação e tendo em consideração os benefícios da prática de actividade física, urge mudar comportamentos, que corresponderão, certamente, a ganhos na saúde.

Na ocupação semanal dos tempos livres/recreio e lazer, verificou-se que os adolescentes ocupam grande parte do tempo em actividades sedentárias, resultados igualmente descritos em Matos e colaboradores (2003).

Apesar da média do número de horas de sono ser semelhante nos dois grupos, verificou-se na amostra urbana, adolescentes que apresentavam um número insuficiente de horas de sono (5-7 horas). O sono assume extrema importância particularmente para os adolescentes. Os jovens com défices de horas de sono têm um risco acrescido de doenças. São mais propensos a irritabilidade e até violência e, além disso, têm menos capacidade a nível do raciocínio, podendo comprometer o rendimento escolar.

## **ESTADO DE SAÚDE**

A maioria dos alunos dos dois grupos tem percepção do seu estado de saúde, classificando-o como Bom e afirma praticar uma alimentação equilibrada. Porém, 45,2% de adolescentes da amostra rural considera o seu estado de saúde como Razoável. Um valor significativo de adolescentes menciona ocasionalmente quebras de energia, a meio da tarde, possivelmente por terem ingerido quantidade insuficiente de alimentos ao almoço.

Verificou-se, ainda, que uma percentagem expressiva de adolescentes (37,4%) considera que deve perder peso.

Como observação negativa, realça-se a percentagem significativa (27,1%) de jovens que revela não ter conhecimentos sobre uma boa alimentação diária de forma a garantir-lhes a saúde e 15,6% dos adolescentes indica que não pratica uma boa alimentação, dado que ingere muitos doces. Não obstante estes dados, uma investigação realizada em adolescentes do Concelho de Lisboa (Cruz *et al.*, 2000) mostrou que os alunos com maior “score” de conhecimentos sobre alimentação apresentam uma maior percentagem de consumo diário de alimentos saudáveis: produtos lácteos, peixe, sopa,

salada, fruta e sumos. Este facto revela a necessidade de inculcar conhecimentos fundamentais com vista à promoção de comportamentos alimentares adequados.

Da análise das entrevistas realizadas depreende-se que, apesar dos adolescentes apresentarem algumas noções sobre alimentação saudável, não a põem em prática. Verificámos, também, alguma permissividade dos pais em relação à alimentação dos seus filhos.

Salienta-se como apreciação positiva a colaboração dos profissionais de saúde face à disponibilidade manifestada para o preenchimento da ficha dos alunos com risco acrescido. Estes efectuaram a avaliação global do estado de saúde de cada aluno e sugeriram “estratégias de vigilância” conjuntas para os alunos entrevistados.

### **FREQUÊNCIA DE CONSULTAS AO MÉDICO DE FAMÍLIA**

A percentagem de alunos que consulta, frequentemente, o Médico de Família, quer na amostra rural (31%), quer na amostra urbana (27,5%) é baixa. De salientar que 36,3% dos alunos da amostra rural raramente consulta o Médico de Família; valor mais baixo (25,7%) para os jovens da amostra urbana, que esclarecem, ainda, que uma percentagem expressiva (14,6%) recorre a Médicos amigos e/ou familiares. Estes dados permitem deduzir que os adolescentes não contactam o seu Médico de Família, periodicamente, com vista a avaliar o seu estado de saúde. Consideramos que este contacto só se estabelece em caso de doença.

### **AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA (IMC)**

Comparando os resultados antropométricos (IMC) do presente estudo e os do estudo de 2002 (Matos *et al.*, 2003), constatámos que o número de adolescentes obesos aumentou (12% e 3,1% respectivamente).

Face aos resultados do presente trabalho, infere-se que os adolescentes enveredam por estilos de vida sedentários e praticam, de uma forma global, uma alimentação desajustada, dado que se verificam erros alimentares determinantes que podem colocar em risco a sua saúde.

## CAPÍTULO VI

### CONCLUSÕES

Este trabalho teve por objectivo contribuir para a reflexão e discussão dos aspectos ligados à protecção da saúde dos adolescentes em idade escolar, através da tomada de consciência, capacitando-os de que a prática de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, contribuem para a promoção da saúde, constituindo-se como propósito nas suas decisões e opções nos vários aspectos ligados à alimentação e estilos de vida.

Poderemos concluir que as práticas alimentares e hábitos de sedentarismo referidas pelos jovens, à semelhança do se que verificou noutros estudos desenvolvidos, continuam a merecer uma preocupação crescente.

As conclusões deste estudo são as seguintes:

- ♦ os hábitos alimentares dos dois grupos em estudo não apresentam diferenças significativas, podendo afirmar-se que os adolescentes se regem pelo mesmo padrão alimentar, independentemente do meio em que se inserem. No entanto, registam-se pequenas diferenças nos hábitos alimentares dos jovens do meio urbano que afirmam fazer regime por considerarem que estão gordos; ingerirem alimentos açucarados e “fast-food” em maior percentagem; e ingerirem mais água que os jovens rurais. Estes últimos consomem mais alimentos fritos, ingerem diariamente mais fruta ou sumos de fruta (1 a 2 vezes) e registam maior consumo de refrigerantes às refeições;
- ♦ os estilos de vida (prática de actividade física /sedentarismo, ocupação dos tempos livres /recreio e lazer e horas de sono), dos jovens das duas amostras são similares;
- ♦ o consumo de bebidas alcoólicas é admitido como ocasional (festas) numa percentagem considerável dos dois grupos;
- ♦ no que concerne ao estado de saúde/avaliação antropométrica, o IMC em relação ao sexo e idade apresenta valores díspares nos dois grupos, permitindo afirmar que os jovens de meio urbano apresentam maiores percentagens de índices correspondentes a baixo peso, excesso de peso e obesidade, constituindo 31% da amostra os “alunos em risco”, contra os 22,6% da amostra rural. Constatou-se, ainda, que cinco adolescentes da amostra urbana e uma da amostra rural (com indicadores

normais referentes ao IMC), mencionaram sofrer de anorexia, encontrando-se em tratamento. Estes testemunhos permitiram-nos corroborar a ideia de que a consciencialização pelos jovens da prática saudável de hábitos alimentares e estilos de vida é determinante para alcançar a saúde;

♦ os profissionais de saúde demonstraram uma grande disponibilidade e abertura para estabelecer parcerias com os profissionais de educação, possibilitando um acompanhamento futuro do estado de saúde dos adolescentes.

O facto de concluirmos que não há diferenças nos hábitos alimentares/estilos de vida dos jovens residentes em contextos sociais diferentes, poder-se-á justificar com base, essencialmente, na globalização e massificação de hábitos de consumo e de estilo de vida, resultantes da “imposição” da actual sociedade. Admite-se, ainda, a possibilidade da natureza das questões formuladas no questionário, não terem permitido evidenciar diferenças mais significativas.

Devido à natureza exploratória deste estudo, optámos por efectuar de forma percentual a análise dos dados, utilizando a estatística descritiva, com a apresentação das frequências para as variáveis nominais, média e desvio padrão para as variáveis contínuas (IMC, ocupação de horas de lazer e horas de sono). As conclusões supracitadas sugerem fortemente que a hipótese formulada não foi confirmada e possibilitaram dar respostas às questões fundamentais, apresentadas para o âmbito desta investigação, no Capítulo I desta dissertação.

A constatação de que os adolescentes bem informados continuam a enveredar por comportamentos alimentares e estilos de vida inadequados, alertam-nos para a complexidade de processos que determinam estes comportamentos. No entanto, por não se sentirem “ameaçados”, nem atribuírem ainda a devida importância à imagem corporal, continuam a praticá-la.

Os adolescentes portugueses têm a noção de que praticam uma alimentação pouco saudável. No entanto, quando confrontados com esse facto, consideram que apenas mudariam o tipo de alimentação mediante a ameaça de um problema de saúde ou sob conselho médico. Estas concepções podem ser explicadas à luz da sua maturidade. Por outro lado, muitos dos jovens atribuem a prática de uma alimentação incorrecta aos familiares mais directos.

Torna-se relevante salientar o risco que correm ao praticarem uma alimentação desajustada, prejudicial e hábitos sedentários. Neste sentido, importa sensibilizar os jovens para as repercussões no seu estado de saúde.



Constata-se assim que, para a compreensão e adopção de hábitos alimentares saudáveis é necessário considerar não só os factores individuais, como as atitudes, interesses, informação, educação. Assumem, ainda, importância os factores de envolvimento no grupo familiar, no grupo social, no ambiente escolar e na comunidade em que se inserem. A criação de redes de comunicação directa entre o Centro Saúde, a Escola e as Famílias, constitui também uma medida a promover neste âmbito.

Por outro lado, verificou-se que os jovens têm a consciência dos riscos que correm ao consumirem alimentos e bebidas prejudiciais à sua saúde, embora não atribuam grande importância a esse conhecimento. Mediante estas incongruências, torna-se pertinente responsabilizá-los. É desta discrepância entre informação e adopção de comportamento que ganham sentido as medidas promocionais, pelas entidades responsáveis, através de um maior investimento no projecto Escola Promotora de Saúde.

Dado que a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde ainda é pequena e desconhecida, torna-se premente incentivar a abordagem da Educação Alimentar. Estas acções devem ser acompanhadas da necessária formação de professores no sentido de os capacitar para a conseqüente intervenção. Verificámos uma evolução conceptual na forma de perspectivar a Educação, a Educação para a Saúde e a Educação Alimentar, assumindo a sua inter-relação, hierarquização e complementaridade. De facto, a Educação Alimentar é uma das vertentes da Educação para a Saúde.

Considera-se de grande importância que os Ministérios da Saúde e da Educação investissem fortemente na formação dos respectivos profissionais para a reflexão conjunta desta problemática.

Tendo em conta todos os aspectos acima abordados, considera-se que o presente estudo pode ter implicações a diferentes níveis: na promoção da saúde junto dos jovens; os resultados obtidos constituíram um contributo para verificar a necessidade urgente de implementar projectos de Educação Alimentar na escola. Estes deverão ter um carácter multidisciplinar e transdisciplinar, emergentes dos interesses da comunidade educativa, com estratégias orientadas para abordagens globais.

No presente estudo verificámos algumas limitações que se prendem com o tempo de investigação, dado não ser possível a análise da eficácia da intervenção estabelecida pela “estratégia de vigilância” proposta para os dois jovens. Esta avaliação só poderá efectuar-se após o acompanhamento dos adolescentes ao longo de três ou mais anos nesta etapa de vida.

## CAPÍTULO VII

### PROPOSTA EDUCACIONAL

Apresentar uma proposta inovadora, no domínio da educação, pode ser uma pretensão demasiado ambiciosa. A inovação, a mudança, a renovação nas práticas de Ensino é uma das finalidades principais da investigação em Educação. Porém, esses processos não devem ser vistos como uma ruptura com o passado, numa permanente revolução das práticas educativas. Pelo contrário, essa inovação deve ser feita em coerência com o quadro teórico e com a compreensão da realidade educativa, que a Didáctica e as Ciências Sociais tem vindo a desenvolver. Assim, a partir das conclusões do presente estudo propomos, sob a forma de recomendação, um programa de prevenção designado por **proposta educacional**. Este é entendido como um conjunto de actividades desenhadas e sequenciadas com o objectivo de promover uma alimentação e estilos de vida saudáveis na adolescência. As recomendações deste programa incidem em cinco níveis diferentes:

#### - A nível escolar

- Criação de uma Equipa Multidisciplinar de Apoio ao Aluno (EMAA), que integre **professores** das mais diversas áreas (incluindo Educação Física) com especialização e/ou formação nas áreas de Promoção da Saúde, nomeadamente em Educação Alimentar, **alunos e pais** com reconhecido perfil nesta área e outros **técnicos** (psicólogo, nutricionista), constituindo-se em todas as escolas um Gabinete Especializado de Apoio ao Aluno (GEAA). Esta equipa terá funções bem definidas e actuará em estreita colaboração com os restantes Órgãos da escola e com as Instituições da comunidade, relevantes nesta área (Centros de Saúde, Hospitais - consulta de desenvolvimento do adolescente, Instituições de Formação Superior - enfermagem, medicina, desporto e psicologia).

- Criação de uma base de dados entre o Centro de Saúde e a Escola a realizar pelo GEAA, que permitirá a criação de uma ficha informatizada individual de saúde. Esta acompanhará o aluno até ao final do ensino secundário, mesmo que ocorra mudança de escola.

- A gestão do bufete e da cantina deve ser objecto de análise periódica no que concerne ao tipo de alimentos a disponibilizar aos alunos e à elaboração e confecção de ementas. Assim, sugere-se que o elemento do Órgão de Gestão responsável por esta área integre também a EMAA.

- Apesar dos modestos recursos, importa que as escolas continuem a desenvolver projectos bem estruturados para a saúde, ao nível das turmas – Área Projecto e/ou Ano de Escolaridade, no ensino Secundário, no âmbito da Educação para a Cidadania.

- Integrar os alunos com indicadores de baixa actividade física (avaliação pelos profissionais de Educação Física) em programas especiais, incentivando-os à prática de Desporto Escolar.

#### **- A nível individual**

- Em todos os anos escolares (oito anos da vida do adolescente), devem promover-se acções de formação no âmbito da Educação para a Saúde a nível da Educação Alimentar de carácter obrigatório, adequadas ao nível etário e independentes do currículo formal, visando um acompanhamento contínuo e eficaz. Esta estratégia deve ser perspectivada numa óptica de orientação baseada no aumento da literacia de saúde, através de palestras, acções de sensibilização, seminários, conferências, workshops, feiras da saúde, material audiovisual, revistas e boletins.

- Identificação, na escola, de alunos com reconhecido perfil nesta área e, posteriormente, formados para o efeito. Estes, além de poderem integrar a EMAA, constituiriam mais-valias nos grupos de jovens no sentido de intervirem na modificação do comportamento dos alunos em relação a hábitos alimentares e estilos de vida desadequados, o que designamos por “educação por pares”.

- Todos os alunos devem ser sujeitos periodicamente (anualmente, ao longo dos oito anos de escolaridade) a uma avaliação nutricional, baseada em parâmetros antropométricos, encorajando-os a uma imagem de corpo positiva; levá-los a controlar o seu próprio peso e a manterem alguma actividade física. Esta avaliação deverá ser da responsabilidade do GEAA.

#### **- A nível familiar**

- Realizar acções de formação promovidas pelo GEAA, fora do horário laboral, com vista à motivação dos pais com perfil adequado (ligados por exemplo ao sistema de

saúde, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais). Estes poderão reestruturar a acção e dinâmica das Associações de Pais.

Considera-se fundamental fornecer informação sobre as necessidades nutricionais dos adolescentes aos encarregados de educação, responsabilizando-os na promoção, como estratégia, de comportamentos de alimentação saudável. Assim, destaca-se, entre outros aspectos, a relação entre o seu nível de educação e a sua preocupação com a saúde e com a aquisição de um estilo de vida saudável.

Considera-se importante promover nos jovens, o gosto pela prática de uma actividade física, em substituição de uma vida mais sedentária. Deve-se transmitir a ideia de que estas medidas são essenciais para a promoção da sua saúde.

#### **- A nível do Centro de Saúde**

- Reforçar a acção conjunta do Médico de Família, da escola e do agregado familiar do aluno, de forma a contribuir para uma intervenção mais eficaz ao nível da sua saúde.
- Gerir eficazmente os recursos humanos e materiais, para a realização de acções de formação. Desta feita, pragmatizar-se-á a parceria com o Ministério da Educação no projecto REEPS, a fim de se apoiar a sua difusão a todo o sistema educativo.

#### **- A nível dos governantes**

- O Ministério da Educação e o da Saúde, através do protocolo assinado em Fevereiro deste ano, estabeleceram uma parceria. Esta poderá revelar-se essencial, com vista à dinamização de uma Campanha de Sensibilização de hábitos saudáveis, junto dos adolescentes. Através dos *media*, esta Campanha deverá incentivar o consumo de produtos nutricionalmente saudáveis, em estreita colaboração com os referidos Ministérios e a Indústria Alimentar. Os governantes deverão, também, proibir/limitar a venda de alguns produtos alimentares na escola.
- O Ministério da Educação deve diligenciar no sentido de promover a “conversão” de todas as escolas, num curto espaço de tempo, em Escolas Promotoras de Saúde do projecto REEPS, tal como está consignado no programa do XVII Governo.

Consideramos portanto que, para que as inovações deste programa exercidas na saúde escolar sejam eficazes, haja a necessidade do envolvimento de toda a comunidade escolar e extra-escolar durante cerca de oito anos. A finalizar, sublinha-se que a consecução de um programa deste tipo só é compatível com um clima de escola activo e empreendedor, onde os profissionais e os membros da comunidade estejam motivados e abertos à mudança em prol da saúde dos nossos adolescentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I.; Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Albano, R. D. (2000). *Estado nutricional e consumo alimentar dos adolescentes*. Revista de Saúde Pública, 26 (6), 431-436.
- Almeida, L.; Freire, T. (2000). *Metodologias da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, M. V.; Candeias, V.; Gouveia, A.; Marques, I.; Loureiro, L. (2001). *Estudo da prevalência de obesidade e hábitos alimentares em adolescentes dos 11 aos 13 anos, em escolas do 2º e 3º ciclo pertencentes ao centro de saúde de Soares dos Reis*. Revista de Alimentação Humana, 9 (3), 24-36.
- Almeida, M. V.; Correia, J. (1994). *A educação alimentar no 2º ciclo do ensino básico – uma intervenção baseada no modelo construtivista – cognitivista*. Revista Forum de Projectos de Educação Alimentar, 6, 12-34.
- Almeida, L. (2002). *Combate à Obesidade: Prevenção na Diabetes Tipo 2*. UPDATE, 155, 16-17.
- Almeida, L. S.; Freire, T. (2000). *Metodologia de Investigação em Sociologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Amaral, O. (2005). *Obesidade em adolescentes. Prevalência e Custos*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Amorim, C. J. A. (1999). *Evolução dos consumos alimentares em Portugal nas últimas 4 décadas*. Revista Portuguesa de Nutrição, 9 (1, 2), 5-15.
- Andrien, M.; Closset, A.; Cotellet, B.; Green, J.; Halbardier, V.; Heindl, I.; Loureiro, I.; Maree, M.; Perez, C.; Snel, J.; Tones, K. (1998). *Guia de planeamento e avaliação da educação alimentar na escola*. Lisboa: PES – Ministério da Educação.
- Anlicker, J.; Damron, D.; Ballesteros, M.; Feldman, R.; Langenberg, P.; Havas, S. (1999). *Using peer education in nutrition intervention research: lessons learned from the Maryland WIC 5 A Day Promotion Program*. Journal of Nutrition Education, 31 (6), 347-354.
- Antón, D.; Carrillo, F.; Rodríguez, J. (1992). *Intervención comportamental y prevención*. In Antón, D.; Carrillo, F.; Rodríguez, J. (Eds.). *Intervención Comunitária*. Murcia: Pirâmide, 22-50.
- Balaia, J. D. P. (2001). *Fundamentação teórica de um programa participativo de promoção/educação para a saúde*. Investigação e Debate em Serviço Social, 11, 22-34.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70.
- Bell, J. (1998). *Como Realizar um Projecto de investigação: Um Guia para Pesquisa em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações.

- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bisquerra, R. (1995). *Metodos de Investigacion Educativa: Guia Pratica*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bolander, V. E. (1998). *Enfermagem Fundamental- Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 31-51.
- Bronw, A. L.; Deloach, J. S. (1985). *Metacognitive Skills*. In Donalson, M., Grieve, R. E Pratt, C. (eds.). *Early Childhood Development and Education*. Oxford: Blackwell LTD.
- Bruer, J. T. (1995). *Escuelas para Pensar: una ciencia del aprendizaje en la aula*. Madrid: Paidós.
- Bruzos, S.; Boticário, C. (1997). *Alimentación, nutrición y salud – dieta saludable, dieta mediterránea*. Madrid: UNED.
- Buron, R. (1993). *Le Plus Beau de Métier*. Paris: Plon.
- Calado, J. (1998). *O adolescente e o consumo de gorduras e fibras alimentares conhecimentos, atitudes e comportamentos*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 16 (4), 5-21.
- Calado, J. (1998). *O adolescente e o consumo de gorduras e fibras alimentares – factores associados aos comportamentos*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 16, (3), 5-26.
- Candeias, V. (2003). *Os conhecimentos sobre alimentação e os comportamentos dos alunos, antes e após conversas sobre alimentação saudável*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Carmo, H.; Ferreira M. M. (1998). *Metodologia da Investigação guia para auto aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carmo, I. (1999). *Estratégias da educação alimentar nas sociedades desenvolvidas*. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R.; Lacerda, T. (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, 433-436.
- Carmo, I. (2000). *“Estratégias de Educação Alimentar nas Sociedades Desenvolvidas”, In Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Universidade do Minho, 2ª Edição, 433-436.
- Carmo, I. (2001). *Alimentação saudável, alimentação segura*. Lisboa: Publicações D.Quixote.
- Carta de Ottawa (1986). In World Wide Web: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao\\_indice.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao_indice.htm).

- Carta de Bangkok (2005). *In World Wide Web*: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promoção\\_indice.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promoção_indice.htm).
- Carvalho, A. D. (1995). *Novas Metodologias em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, G. S. (2002). *Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde*. In *Saúde: As teias da discriminação social*. In Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social (Org: M. E. Leandro, M. M. L. Araújo, M. S. Costa). Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, 119-135.
- Carvalho e Silva, J. M. (2000). *Colesterol, Lípidos e Doença Vascular*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Castro, A. (2001). *Alimentação e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 158-169.
- CCPES, DEB, DES e IIE (Comissão coordenadora do programa de educação para a saúde, Departamento do Ensino Básico, Departamento do Ensino Secundário e Instituto de Inovação Educacional) (2001). *Educação alimentar – guia anotado de recursos*. Lisboa: Grafis CRL.
- CDC -- Centers for Disease Control Prevention. World Wide Web: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/bmi-for-age.htm>.
- CNAN e CEA (Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição e Comissão de Educação Alimentar) (1999). *Recomendações para a educação alimentar da população portuguesa*. Lisboa: CNAN.
- Coehn, J. (1999). *Obesidade*. UPDATE, 124, 12-16.
- Cohen, L.; Manion, L. (1990). *Metodos de Investigacion Educativa*. Madrid: Editorial.
- Contento, I. (1995). *The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research – a review of research*. Journal of Nutrition Education, 27, 279-418.
- Cook, T.; Anson, A.; Walchli, S. (1993). *From a causal description to causal explanation: Improving tree already good evaluations of adolescent health programs*. In Millstein, A. et al. (Eds.) (1993). *Promotion the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. Oxford: Oxford University Press, 339-374.
- Costa, M.; López, E. (1998). *Educación para la salud – Una estratégia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cracel, L. C. (2000). “*Paradigma holístico*”. Revista Trajectos e Projectos, 2, 31-35.
- Cruz, J. A. (1997). *Dieta mediterrânica e saúde*. Revista Portuguesa de Nutrição, VII (2), 20-26.
- Cruz, J.; Guiomar, S.; Perdigão, A.; Remígio, J.; Silveira, D.; Rombo, M. (2000). *Estudo dos hábitos alimentares e do estado nutricional de adolescentes escolarizados do concelho de Lisboa* (Ensino Oficial). Revista Portuguesa de Nutrição, X (1, 2), 5-58.



- Cunha, A. (1999). “*Electromagnetismo*” – *Sua abordagem em manuais escolares de 12º ano*. In Castro, R.; Rodrigues A.; Silva, J.; Sousa, M. (1999). *Manuais Escolares – Estatuto, funções, história*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 221-231.
- Currie, C.; Hurrelmann, K.; Settertobulte, W.; Smith, R.; Todd, J. (Eds.) (2000). *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Currie, C.; Morgan, A.; Rasmussen, V.; Roberts, C.; Settertobulte, W.; Samdal, O.; Smith, R., (Eds.) (2004). *Young people’s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Declaração de Alma-Ata (1978). In World Wide Web: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao\\_indice.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao_indice.htm).
- Declaração de Sundsvall(1991). In World Wide Web: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao\\_indice.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao_indice.htm).
- Declaração de Jacarta (1997). In World Wide Web: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao\\_indice.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao_indice.htm).
- Declaração do México (2000). In World Wide Web: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao\\_indice.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao_indice.htm).
- Dejours, C. (1993). *Intelligence pratique et sagesse pratique: deux dimensions méconnues du travail réel*. Paris : Education Permanente, 216, 47-70.
- Delors, J. (2003). *Educação um Tesouro a descobrir*. Relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. Porto: Edições ASA.
- Diegues, J.; Guedes, M. (2002). *Promoção da saúde comunitária*. CRSP – Saúde Pública, 49.
- Direcção Geral de Saúde – Divisão de Saúde Escolar (1996). *Saúde escolar: Programa Tipo*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2000). *Como viver com diabetes – autocuidados na saúde e na doença*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: programa-tipo de actuação*. Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – Orientações Técnicas.
- Direcção Geral de Saúde (2003). *Saúde na comunidade: guia orientador para elaboração de indicadores*. Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Direcção Geral de Saúde (2004). – *A obesidade como doença crónica*. In World Wide Web: <http://www2.dgsaude.pt>.

- Dixey, R.; Heindl, I.; Loureiro, I.; Pérez, C.; Snel, J.; Warnking, P. (1999). *Healthy eating for young people in Europe. A school-based nutrition education guide*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Doly, A. (1999). *Metacognição e Mediação na escola*. In Gargeate, M. (Eds.) *A Metacognição, um Apoio ao Trabalho dos Alunos*. Porto: Porto Editora.
- Duarte, M. C. ; Villani, V. (2001). *Construir o conhecimento científico a partir do conhecimento quotidiano – um estudo comparado sobre o tema “alimentação humana”*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Eco, U. (1991). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. Lisboa: Editorial Presença.
- Enrique, B. (2004). *Educación para la salud: la alimentación*. Barcelona: Editorial Laboratorio Educativo.
- Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e Instituto do Consumidor (2004). *Guia - Os Alimentos na Roda*. Lisboa: Instituto do Consumidor.
- Falcão, M. (2000). *Generalidades sobre a alimentação*. In Castro, A. (2000). *Alimentação e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 9-25.
- Faria, H. A.; Carvalho, G. S. (2004). *Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22, 79-90.
- Fernández, F.; Torrejón, M. (2000). *Guía de alimentación y salud*. Madrid: Edições UNED.
- Figueiredo, C. A.; Nova, E. M. V.; Ribeiro, H. G.; Cabral, M. G. (1994). *A criança, a alimentação e a escola*. Revista Portuguesa de Nutrição, 6 (2), 5-52.
- Fisberg, M. (1995). *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Fundação BYK.
- Flavell, J. H. (1976). *Metacognitive aspects of problem – solving*. In L. B. Resnick (Eds.), *The nature of intelligence*. Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gallego, A.; Bueno, A. (2002). *Nutrición y envejecimiento: mejor nutrición, más vida*. In Boticário, C.; Bruzos, S. (2002). *Nutrición e Dietética II – Aspectos Clínicos*. Madrid: Ediciones UNED, 551-583.
- Garcia Matines, A.; Saez Carreras, J.; Escarbajal de Haro, A. (2000). *Educación para la salud la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones S. A..
- Gaspar, J. (1993). *Geografia e Ordenamento do Território: Dos paradigmas aos novos mapas*. Revista de Cultura Científica, 13, 51-56.
- Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993). *O inquérito – teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

- Glanz, K. (1999). *Teoria num relance. Um guia para a prática da promoção da saúde*. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (Eds.) (1999). *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Lisboa: Edições FMH, 9-55.
- Gonçalves, P. (1999). *Perturbações de comportamento alimentar: prevenção e tratamento*. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R.; Lacerda, T. (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- González, M. I. S. (1998). *La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. Madrid: Dias de Santos.
- Green, L. W. (1984). *Health education models*. New York: John Wiley & Sons.
- Greene, W. H.; Simons-Morton, B. G. (1988). *Educación para la salud*. México: Interamericana, McGraw-Hill.
- Harden, A.; Oakley, A.; Oliver, S. (2001). *Peer-delivered health promotion for young people: "A systematic review of different study designs"*. Health Education Journal, 60 (4), 339-353.
- Hartman, D. (1993). *Effect on dietary fat absorption of orbital, administered at different times relative to meal intake*. Clinical Pharmacology, 266, 36-70.
- Hartog, A.P.; Staveren, W. A. (1985). *Manual of Social Surveys on Food Habits and Consumption. In Developing Countries*. Pudoc Wageningen.
- Heald, F. P. (1992). *Fast food snack food: beneficial or deleterious*. Journal of Adolescent Health, 13(5), 380-383.
- Holford, P. (2000). *A bíblia da alimentação*. Lisboa: Editorial Presença.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Paris: Lusociência.
- Hurrelman, L.; Nordlone, E. (1995). *Promoting health in schools: the German example*. Health Promotion International, 10 (2), 291-296.
- Illich, I. (1977). *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora.
- Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Publica.
- Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva (2002). *A situação da Saúde em Portugal em relação com outros países europeus*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.
- Ireland, R. (2001). *Promoting Physical Activity with Local Authorities*. In, Scriven, A.; Orme, J. (Eds.), *Health Promotion: Professional Perspectives* (2001). London: Palgrave.
- Janicas, L.; Mendes, L.; Ferreira, R.; Gonçalves, R.; Pires, T. (2001). *Hábitos alimentares dos estudantes do ensino secundário do concelho de Sintra*. Revista Alimentação Humana, 9 (3), 56-78.

- Kaufman, A. (2000). *Transtornos na adolescência*. Revista Brasileira de Medicina, 1, 5 - 12.
- Kulbok, P. A.; Laffey, S. C.; Goeppinger (1999). *Promoção da saúde comunitária: Uma estrutura de vários níveis para a prática*. In STANHOPE, M; LANCASTER, J., *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa. Lusociência, 235-308.
- Kushi, M.; Jack, A. (1997). *A Humanidade numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Um Mundo Ético.
- Lakatus, E. M.; Marconi, M. A. (2001). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 5ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Lemos, D. (1999). *Alimentação e Adolescência – Uma Questão de Educação*. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R.; Lacerda, T. (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, 454-457.
- Lima, M. (1993). *Atitudes*. In Vala, J.; Monteiro, M. (1993). *Psicologia Social*. Lisboa: Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Locke, L. F. (1998). *Reading and understanding research*. Thousand Oaks: Sage
- Logenecker, G. K. D. (1998). *Conceitos de saúde e de doença*. In Phipps Long Woods. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Conceitos e Prática Clínica. Lisboa. Lusodidata, I, 25-42.
- Lopes, A.; Pereira, P.; Mesquita, M. F. (1999). *Acompanhamento nutricional dos utentes do Centro de Saúde – Loures*. Revista Portuguesa de Nutrição, IX (1, 2), 87-97.
- Loureiro, I. (1999). *A importância da educação alimentar na escola*. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (Eds.) (1999). *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Lisboa: Edições FMH, 57-84.
- Loureiro, J.; Miranda, N. (1993). *Mesa – Manual de educação para a saúde em alimentação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Machado, P.; Gonçalves, S. (1999). *Perturbações do comportamento alimentar: prevenção e tratamento*. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R.; Lacerda, T. (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Marivoet, S. (2001). *Hábitos Desportivos da População Portuguesa*. Lisboa: MJD/INED.
- Markwell, S.; Speller, V. (2001). *Partnership Working and Interprofessional Collaboration: Policy and Practice*. In Scriven, A.; Orme, J. (Eds.). *Health Promotion: Professional Perspectives*. London: Palgrave.
- Marques, R. (1998). *Professores, Famílias e Projecto Educativo*. Porto: Asa Editores.

- Marques-Vidal, P.; Velho, S.; Soares, A. (2001). *Avaliação do estado nutricional, conhecimentos e hábitos alimentares de atletas de várias modalidades*. Revista Alimentação Humana, 9 (3), 23-42.
- Martins, C. A. (2002). “Seremos educadores para a saúde?” In Sinais Vitais, 40, 21-22.
- Matos, M.; Simões, C.; Canha, L.; Fonseca, S. (1996). *Saúde e Estilos de Vida nos Jovens Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. G.; Simões, C.; Carvalhosa, S. F.; Reis, C. (1998). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/Programa de Educação para Todos – Saúde.
- Matos, M.; Simões, C.; Cunha, L. (1999). *Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar*. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (Eds.) (1999). *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo*. Lisboa: Edições FMH, 218-240.
- Matos, M.; Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. (2004). *Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional*. Análise. Psicológica, 22 (3), 449-462.
- Matos, M. (eds.) (2005). *Comunicação e gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: CDI/FMH.
- Matos, M.; Sampaio, D.; Baptista, M.; Silva, M. (2005). *Relatório Preliminar – G.T.E.S*. Lisboa: M.E.
- Mattar, F. N. (1999). *Pesquisa de Marketing: metodologia, planeamento*. 5ª. Edição. São Paulo: Atlas.
- McGinnis, J.; Foege, W. (2000). *Actual causes of death in the United States*. New York: Jama.
- Mello, M. L. M. (2000). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Mendoza, R. (1999). *Prevención del tabaquismo entre los jóvenes: un reto alcanzable*. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R.; Lacerda, T. (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Mendoza, R.; Pérez, M.; Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Ministério da Saúde (1998). *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Ministério da Educação, Departamento de Educação Básica (1999). *Competências gerais e transversais*. In World Wide Web: <https://www.deb.min-edu.pt/NewForum/brochuracompetenciasgerais.htm>.
- Ministérios da Educação e Saúde (2000). *O que é a saúde na escola*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Moon, A.; Mullee, M.; Thompson, R.; Speller, V.; Roderick, P. (1999). *“Helping Schools to become health-promoting environments – an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award”*. Health Promotion International, 14 (2), 111 - 122.
- Moreno, A. (1997). *Educación para la salud en la escuela: Experiencia y participación*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Moreno, A. S.; Garcia, E. R.; Campos, P. M. (2000). *“Procedimientos en educación para la salud”*. In Moreno, A. S.; Garcia, E. R.; Campos, P. M.. *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- Moreira, P. (1999). *Modelo alimentar para adolescentes escolares e jovens universitários*. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R.; Lacerda, T. (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, 437- 449.
- Moreira, P.; Peres, E. (1996). *Alimentação de adolescentes*. Revista de Alimentação Humana, 2 (4), 4-44.
- Moreira P.; Teixeira, J. (1994). *Educação alimentar e modificação de conhecimentos alimentares de crianças do ensino básico*. Revista Forum de Projectos de Educação Alimentar, 6 (2), 24-28.
- Navarro, M. F. (1995). *Educação para a Saúde e profissionais de saúde comunitária*. Revista Portuguesa de Saúde Publica, 43 (4), 77-83.
- Navarro, M. F.(1999). *Educar para saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas*. In Precioso, J.; Viseu, F.; Dourado, L.; Vilaça, T.; Henriques, R.; Lacerda, T. (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho, 13-28.
- Nicola, S.; Carvalho, D.; Sá, L.; Silva, T.; Varela, M.; Lima, M.; Monteiro, I. (2001). *Mitos alimentares em adolescentes*. Revista Portuguesa de Nutrição, 12, 5-22.
- Nikerson, R. S.; Perkins, D. N.; Smith, E. E. (1990). *Enseñar a pensar: aspectos de la Aptitud Intelectual*. 2ª Edição. Madrid: Narcea.
- Nunes e Breda (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Nunes, L. A. S. (1999). *O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influência a saúde mental e a qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Publica.
- O'Donnell, M. P. (1986). *Definition of health promotion*. American Journal of Health Promotion, 1, 4-5.

- Oliveira, C. C. (2002). *Holismo: Aprender e Educar*. In *Diversidade e Diferença*. Porto: Universidade do Porto, 4, 1-10.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (1986). *As metas de saúde para todos: metas de estratégia regional europeia de saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- OMS, CCE e CE (Organização Mundial de Saúde, Comissão da Comunidade Europeia, Conselho da Europa) (1995). *Promover a saúde da juventude europeia. Educação para a saúde nas escolas. Manual de formação para professores e outros profissionais que trabalham com jovens*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Padez, C.; Fernandes, T.; Mourão, I.; Moreira, P.; Rosado, V. (2004). *Prevalence of Overweight and Obesity in 7–9 Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970–2002*. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Pardal, M. (1990). *Educação para a saúde – conceitos e perspectivas*. *Revista Fórum de Projectos de Educação Alimentar*, 6, 11-14.
- Pardal, L.; Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Pastor Ruiz, Y.; Balagur Solá I.; Garcia-Merita, M. (1999). *Estilo de vida e salud*. Valência: Albatos Educación.
- Peres, E. (1979) *Alimentação e saúde*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Peres, E. (1994). *Saber Comer para Melhor Viver*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Peres, E. (1997). *Bem Comidos e Bem Bebidos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Peres, E. (2003). *Saber comer para melhor viver. Versão actualizada de alimentação saudável*. 5ª Edição. Lisboa: Caminho, Biblioteca da Saúde.
- Pereira, A.; Duarte, M. (1999). *O manual escolar como facilitador da construção do conhecimento científico – o caso do tema “Reacções de Oxidação-Redução” do 9º ano de escolaridade*. In Castro, R.; Rodrigues A.; Silva, J.; Sousa, M. (1999). *Manuais Escolares – Estatuto, funções, história*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 367-374.
- Pereira, J.; Mateus, C. (2003). *Custos indirectos associados à obesidade em Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 65-80.
- Perez-Rodrigo, C.; Aranceta, X. (1997). *Nutrition education for schoolchildren living in a low-income urban area in Spain*. *Journal of Nutrition Education*, 29 (5), 267-273.
- Pestana, C. (1996). *A educação para a saúde no sistema educativo num quadro de mudança: 12 Critérios a Atingir pela Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: PPES, 1-4.
- Pestana, M. A.; Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados Para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 2ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

- PNPAFD (Programa Nacional de Promoção da Actividade Física e Desportiva) (2000). *A Actividade Física – O instrumento mais barato de saúde pública*. In: Contributo da Actividade Física para a Promoção da Saúde, 6,6-78.
- Pollock, M. L.; Wilmore, J. H.; Fox III, S.M. (1993). *Exercício na Saúde e na Doença*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Precioso, J. (1992). *Algumas estratégias de âmbito intra e extracurricular. Para promover e educar para prática de uma alimentação racional*. In Revista Portuguesa de Educação, 2, 11-128.
- Precioso, J. (2000). *Promoção de estilos de vida saudáveis. Programa “Aprende a cuidar de ti”*. Braga: Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga.
- Precioso, J. (2001). *Aprende a cuidar de ti*. Braga: Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga.
- Programa do XVII Governo Constitucional (2005). *Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde/Escolas Promotoras de Saúde*. In World Wide Web: <http://www.portugal.gov.pt>.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva – Publicações.
- Ramón, M.; Sagrera, M.; Batista, J. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: CSIC.
- Rapley, M.(2003). *Quality of Life Research: a critical introduction*. London: SAGE Publications.
- Reato, L. F. N. (1999). *Desenvolvimento psicológico do adolescente*. Revista Sinopse de Pediatria, 3, 57-59.
- Recomendações de Adelaide (1988). In World Wide Web: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao\\_indice.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/promocao_indice.htm).
- Redman, B. K. (2003). *A prática da educação para a saúde*. Lisboa: Lusociência.
- Rees, J. (1992). *Nutrition in adolescence*. In Williams, S.; Worthington-Roberts, B. (Eds.) (1992). *Nutrition throughout the life cycle*. 2nd ed. St. Louis: Mosby Year Book, 284-335.
- REEPS/P.E.S. – Programa de Promoção e Educação para a Saúde (1998) *A rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde*. Lisboa: Editorial Ministério da Educação.
- Ribeiro, J. L. (1994). *Psicologia da saúde, saúde e doença*. In MCINTYRE, T. M. *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção Perspectivas Futuras*. Braga: APPORT, 55-72.
- Rocha, P.; Almeida, M. V. (1999). *Publicidade alimentar na televisão*. Revista de Alimentação Humana, 2, 27-38.
- Rocher, G. (1989). *Sociologia Geral. Acção social*. Lisboa: Editorial Presença.



- Rogado, T.; Teixeira, J. A. C. (1997). *Intervenção psicológica na educação para a saúde no sistema de cuidados de saúde primários*. In Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Braga: Editor Ribeiro, J. L..
- Roper, N.; Logan, W.W.; Tierney, A. J. (1995). *Enfermagem e assistência à saúde*. In Modelo de Enfermagem. Alfraide: Editora MC Graw-Hill, 3-11.
- Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Saito, I. M. (1993). *Nutrição*. In Coates, V.; Françoso, L. A.; Benzos, G. W. Medicina do Adolescente. São Paulo: Sarvier, 37-50.
- Salles, L. M. F. (1998). *Adolescência, escola e cotidiano, contradições entre o genérico e o particular*. Piracicaba: UNIMEP.
- Sanmarti, L. (1988). *Educación Sanitária: principios, métodos e aplicaciones*. Madrid: Diaz de Santos.
- Santos, J. (1999). *Preocupações dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 17 (2), 27-42.
- Santos, V. L. (2000). "Marco conceptual de educación para la salud". In OSUNA, A. F. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Scriven, A. (2001). *The Influence of Government Policy on the Provision of Health Education in Schools*. In Scriven, A.; Orme, J. (Eds.). *Health Promotion: Professional Perspectives* (2001). London: Palgrave.
- Seaman, C.; Kirk, T. (1995). *A new approach to Nutrition Education in Schools*, Health Education, 3, 31-39.
- Silva, M. (2002). *Alimentação Saudável na Escola: Um projecto integrado de intervenção numa comunidade escolar do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Stewart, A. (2001). *Distúrbios Alimentares na Adolescência*. UPDATE, 140, 58-60.
- Tavares, A. S. R. (2003). *Promoção da saúde*. In World Wide Web: <https://www.enps.unl.pt/saboga/prosaude>.
- Tones, K.; Tilford, S. (2001). *Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity*. 3ª Edição. Leeds: Nelson Thornes.
- Valleman, G.; Williams, E. (2001). *The Role of the Primary Care Group in Promoting Health*. In Scriven, A.; Orme, J. (Eds.). *Health Promotion: Professional Perspectives* (2001). London: Palgrave.
- Vergara, S., C. (2000). *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 3ª. Edição. São Paulo: Atlas.

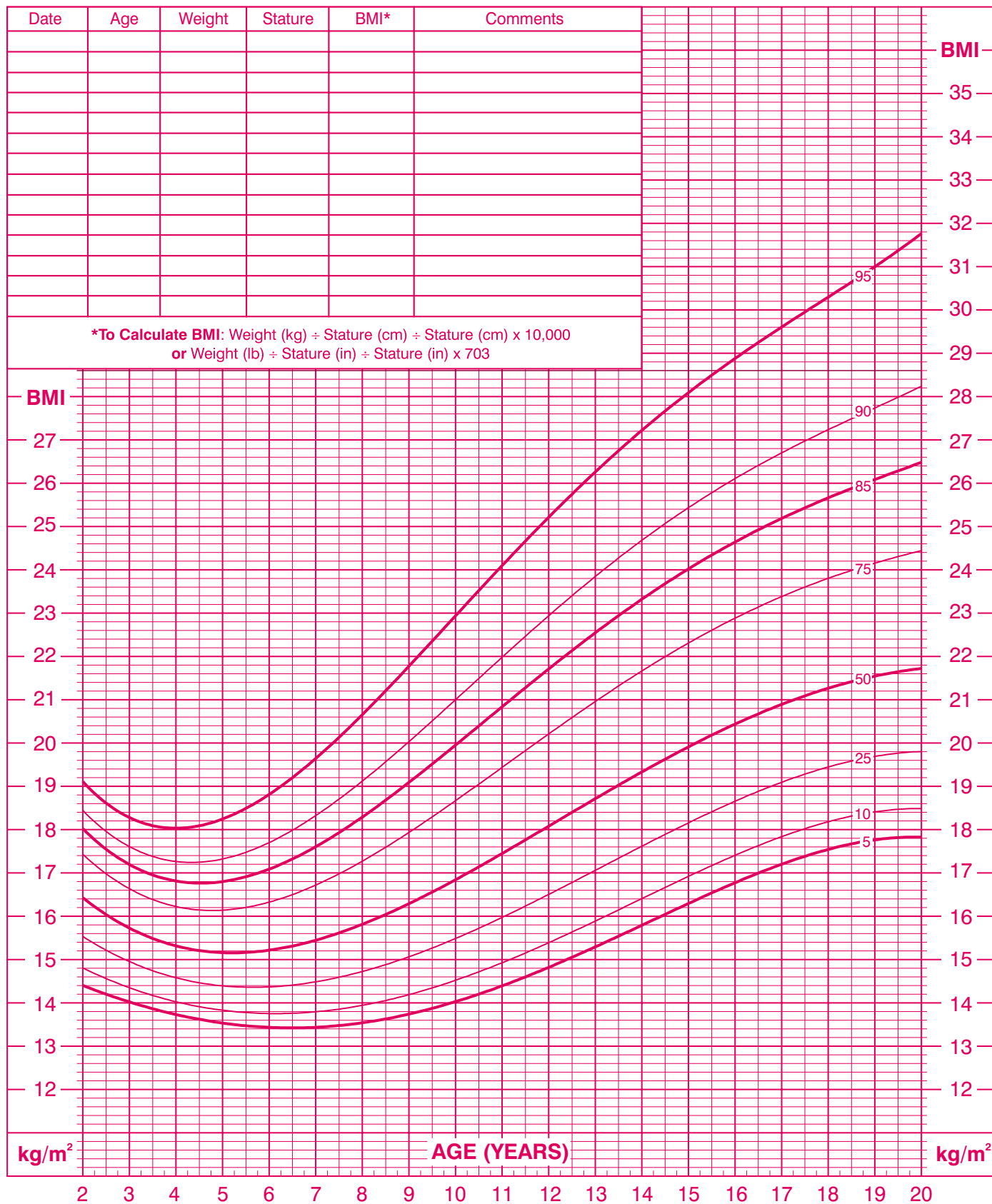
- Viana, M. C. C. (2001). *Promoção de saúde na escola: Perspectivas teóricas e opiniões de profissionais de educação e de saúde. Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Watiez, M. (1995). *Processus de socialisation alimentaire du jeune consommateur*. Cahiers de Nutrition et Diététique, 30 (5), 313-319.
- Whitaker, P. (1999). *Gerir a Mudança nas Escolas*. Lisboa: Edições ASA.
- Wolinsky, I.; Hickson, J. (Eds.) (2002). *Nutrição no exercício e no esporte*. 2ª Edição. São Paulo: Editora Roca, 270-276.
- World Health Organization (1946). *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. In World Wide Web: <https://fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>.
- World Health Organization (1996). *Preparation and use of food-based dietary guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1998). *Nutrition: An Essential Element of a Health Promoting School*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). *Local action: creating Health Promoting Schools*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. World Wide Web: <http://www.who.int/whr/es/index.html>.
- World Health Organization (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Geneva: WHO.

# 2 to 20 years: Girls

## Body mass index-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_

RECORD # \_\_\_\_\_

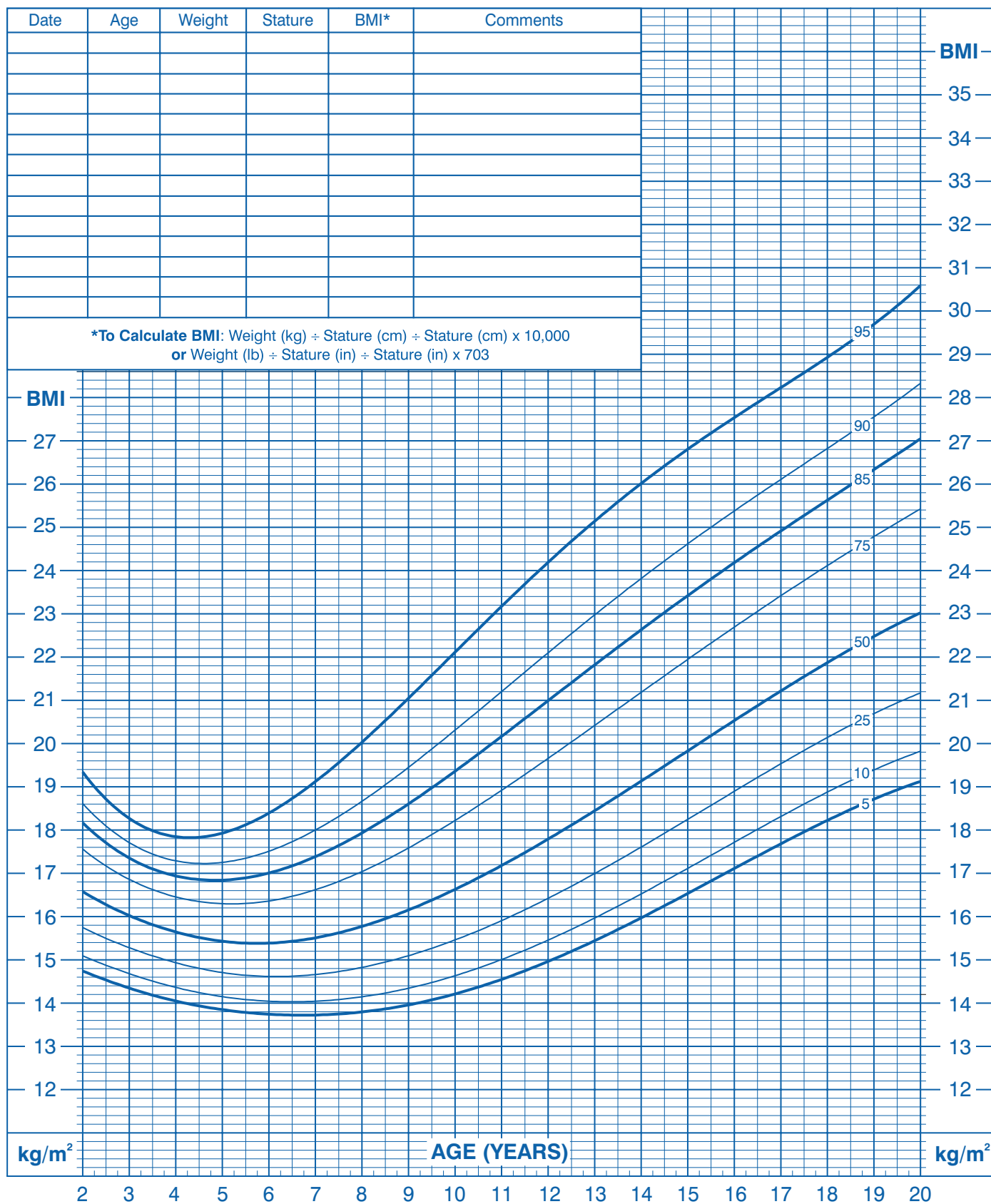


## 2 to 20 years: Boys

### Body mass index-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_

RECORD # \_\_\_\_\_



Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).

SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

**Tabela**

**Índice de Massa Corporal para Adolescentes de ambos os sexos\***

		Rapazes					Raparigas				
		Percentil					Percentil				
		5	15	50	85	95	5	15	50	85	95
Idade	9	14.03	14.71	16.17	18.85	21.47	13.87	14.66	16.33	19.19	21.78
	10	14.42	15.15	16.72	19.60	22.60	14.23	15.09	17.00	20.19	23.20
	11	14.83	15.59	17.28	20.35	23.73	14.60	15.53	17.67	21.18	24.59
	12	15.24	16.06	17.87	21.12	24.89	14.98	15.98	18.35	22.17	25.95
	13	15.73	16.62	18.53	21.93	25.93	15.36	16.43	18.95	23.08	27.07
	14	16.18	17.20	19.22	22.77	26.93	15.67	16.79	19.32	23.88	27.97
	15	16.59	17.76	19.92	23.63	27.76	16.01	17.16	19.69	24.29	28.51
	16	17.01	18.32	20.63	24.45	28.53	16.37	17.54	20.09	24.74	29.10
	17	17.31	18.68	21.12	25.28	29.32	16.59	17.81	20.36	25.23	29.72
	18	17.54	18.89	21.45	25.92	30.02	16.71	17.99	20.57	25.56	30.22
	19	17.80	19.20	21.86	26.36	30.66	16.87	18.20	20.80	25.85	30.72
	20-24	18.66	20.21	23.07	26.87	31.26	17.38	18.64	21.46	26.14	31.20

\*<http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/charts.htm>



Universidade de Aveiro

Curso de Mestrado em **Ensino de Geologia e Biologia**

Trabalho de Investigação

“Hábitos alimentares/estilos de vida: *conhecer* e *intervir* para *prevenir* doenças metabólicas,  
uma proposta educacional”

2006 /     /

**QUESTIONÁRIO**

***Caros (as) alunos (as):***

Este questionário tem por objectivo a recolha de dados que possibilitem efectuar uma caracterização dos hábitos alimentares/estilos de vida dos alunos do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico e do Ensino Secundário, de escolas situadas em meio urbano e em meio rural. Neste sentido, é muito importante que sejas, tanto quanto possível, rigoroso(a) nas tuas respostas.

Agradecendo, desde já, a colaboração prestada com o preenchimento deste questionário, importa referir que o mesmo não é anónimo, facto que servirá apenas o propósito de obter informações junto dos Médicos de Família sobre o teu estado de saúde.

---

**1. Dados Pessoais**

***1.1. Ano de Escolaridade:***

5º Ano ☐

6º Ano ☐

7º Ano ☐

8º Ano ☐

9º Ano ☐

10º Ano ☐

11º Ano ☐

12º Ano ☐

***1.2. Nome:***

\_\_\_\_\_

***1.3. Sexo do inquirido:***

Masculino ☐

Feminino ☐

***1.4. Escola que frequentas:***

\_\_\_\_\_

***1.5. Idade / Data de nascimento:***

\_\_\_\_\_ anos  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(ano) (mês) (dia)

***1.6. Centro de Saúde a que pertences:***

\_\_\_\_\_

***1.6.1. Médico assistente:***

☐ Médico de Família. Nome \_\_\_\_\_

☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**2. Hábitos alimentares / informação nutricional**

(Assinala em cada alínea, a opção que melhor se adapta à tua situação)

**2.1. O teu pequeno-almoço é composto por...**

- ☐ absolutamente nada.
- ☐ leite ou iogurte com cereais e uma peça de fruta.
- ☐ um copo de leite e uma torrada.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.2. Com que frequência ingeres leite e seus derivados?**

- ☐ Uma vez por dia.
- ☐ Várias vezes ao dia.
- ☐ Cerca de quatro vezes por semana.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.3. A tua média de refeições diárias é...**

- ☐ três: pequeno-almoço, almoço e jantar.
- ☐ cinco. Faço um lanche a meio da manhã e a meio da tarde, entre as refeições principais.
- ☐ seis ou sete. Para além das refeições principais, faço pequenas merendas ao longo dia.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.4. Quantas vezes ao dia consomes vegetais frescos?**

- ☐ Nenhuma.
- ☐ Uma de vez em quando.
- ☐ Duas vezes por dia.
- ☐ Três ou mais vezes por dia.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.5. O peixe faz parte do teu menu semanal?**

- ☐ Sim                      ☐ Não

**2.5.1. Se sim**

- ☐ Pelo menos quatro vezes por semana.
- ☐ Duas vezes por semana.
- ☐ Raramente.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2. Hábitos alimentares / informação nutricional (Cont.)**

---

**2.6. Fazes algum tipo de dieta ou regime?**

☐ Sim ☐ Não

**2.6.1. Se sim**

Por quê? \_\_\_\_\_

**2.7. És adepto do consumo de carne?**

☐ Sim ☐ Não

**2.7.1. Se sim**

- ☐ Como carne todos os dias.
- ☐ Tento privilegiar a carne branca, como peru e frango e só como carne de porco ou de vaca uma vez por semana.
- ☐ Costumo comer carne vermelha cerca de três vezes por semana.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.8. Deixas-te tentar por alimentos açucarados (bolos, chocolates, bolachas, rebuçados e afins)?**

☐ Sim ☐ Não

**2.8.1. Se sim**

- ☐ Entre 0 e 3 vezes por semana.
- ☐ Entre 4 e 6 vezes por semana.
- ☐ Entre 7 e 10 vezes por semana.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.9. Comes fast-food (cachorros quentes, hambúrgueres, pizzas ou comida pré-cozinhada)?**

☐ Sim ☐ Não

**2.9.1. Se sim, com que frequência?**

- ☐ Entre 0 e 3 vezes por semana.
- ☐ Entre 4 e 6 vezes por semana.
- ☐ Entre 7 e 10 vezes por semana.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_



**2. Hábitos alimentares / informação nutricional (Cont.)**

---

**2.10. Bebes água diariamente?**

☐ Sim ☐ Não

**2.10.1. Se sim**

- ☐ Bebo cerca de um litro e meio de água por dia, no total.
- ☐ Bebo cerca de meio litro de água às refeições.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.11. Consomes sumos industriais e/ou refrigerantes?**

☐ Sim ☐ Não

**2.11.1. Se sim**

- ☐ Bebo frequentemente sumos industriais (néctar e polpa de fruta)
- ☐ Bebo sempre refrigerante ou Coca-Cola às refeições e fora delas.
- ☐ Bebo refrigerantes só às refeições.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.12. Consomes bebidas alcoólicas?**

☐ Sim ☐ Não

**2.12.1. Se sim**

- ☐ Diariamente
- ☐ Ocasionalmente.
- ☐ Frequentemente.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.13. Comes alimentos fritos (batatas fritas, salgadinhos, ...)?**

☐ Sim ☐ Não

**2.13.1. Se sim, com que frequência?**

- ☐ Diariamente.
- ☐ Duas a três vezes por semana.
- ☐ Uma vez por semana.
- ☐ Raramente, ou pelo menos duas vezes por mês.

**2. Hábitos alimentares / informação nutricional (Cont.)**

---

**2.14. Quantas vezes por dia ingeres fruta ou sumos de frutas?**

- ☐ Nenhuma.
- ☐ Uma a duas vezes.
- ☐ Mais de duas vezes por dia.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.15. Durante a semana quais são as refeições que fazes em casa?**

- |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ▪ Pequeno-almoço             | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ▪ Lanche ou merenda da manhã | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ▪ Almoço                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ▪ Lanche ou merenda da tarde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ▪ Jantar                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**2.16. Quais são as refeições que fazes em casa no fim-de-semana?**

- |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ▪ Pequeno-almoço             | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ▪ Lanche ou merenda da manhã | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ▪ Almoço                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ▪ Lanche ou merenda da tarde | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| ▪ Jantar                     | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**2.17. Por que motivo quando deves almoçar na cantina da escola, não o fazes?**

(Assinala a (s) opção (ões) que se adequa (m) à tua situação)

- ☐ Almoço sempre na cantina da escola, quando necessário.
- ☐ Porque trago um pequeno lanche de casa.
- ☐ Compro outros alimentos no Buffet da escola.
- ☐ Não tenho vontade ou fome.
- ☐ Não gosto.
- ☐ Não tenho tempo.
- ☐ Prefiro brincar.
- ☐ Compro outros alimentos nos Cafés/Bares, próximos da escola.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**2.18. Consideras que fazes uma alimentação saudável?**

- ☐ Não.
- ☐ Sim.
- ☐ Frequentemente.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

### **3. Avaliação do Estado de Saúde/ Avaliação Antropométrica**

---

#### **3.1. Estado de Saúde**

---

*(Assinala em cada alínea, a opção que melhor se adapta à tua situação)*

##### **3.1.1. Como classificas de uma forma geral o teu estado de saúde?**

- ☐ Bom.
- ☐ Razoável.
- ☐ Mau.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

##### **3.1.2. Consideras que fazes diariamente uma boa alimentação para manter a tua saúde?**

- ☐ Sim.
- ☐ Não. Por quê? \_\_\_\_\_
- ☐ Não sei.

##### **3.1.3. Sentes quebras de energia durante o dia?**

- ☐ Sim. Em que altura do dia? \_\_\_\_\_
- ☐ Não.
- ☐ Ocasionalmente.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

##### **3.1.4. Vais frequentemente ao teu Médico de Família?**

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Raramente vou ao Médico.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

##### **3.1.5. Há quanto tempo não vais a consultas médicas?**

- ☐ Há mais de seis meses.
- ☐ Há menos de seis meses.
- ☐ Não sei
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

##### **3.1.6. Tomas medicamentos não receitados pelo Médico?**

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Às vezes.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

### 3.2. Avaliação Subjectiva dos Dados Estado-Ponderais.

- 3.2.1. *Que peso pensas que tens?* □□□ Kg
- 3.2.2. *Qual é a tua altura?* □□□ cm
- 3.2.3. *Há quanto tempo tens este peso?* □□□ meses
- 3.2.4. *Qual foi até esta data o teu peso máximo?* □□□ Kg
- 3.2.5. *Que idade tinhas nessa altura?* □□ anos
- 3.2.6. *Reflectindo sobre a tua imagem, consideras que deves...*
- ☐ Ganhar peso.
- ☐ Perder peso.
- ☐ Manter o peso.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

### 3.3. Avaliação Antropométrica.

(A preencher pelo investigador)

- 3.3.1. *Peso* □□□ Kg
- 3.3.2. *Altura* □ , □□ m
- 3.3.2.1. *IMC* ( $\text{peso}/\text{altura}^2$  - Kg/m<sup>2</sup>) □□ , □
- 3.3.3. *Perímetro da cintura* □□□ cm
- 3.3.4. *Perímetro da anca* □□□ cm
- 3.3.4.1. *RCA* (relação cintura anca) □ , □□

**OBSERVAÇÕES:** (Este espaço serve para registar todos os aspectos que consideres oportuno referir relacionados com a tua saúde. Ex: doenças de que sejas portador ou que já tenhas tido)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4. Estilos de Vida

(Assinala em cada alínea, a opção que melhor se adapta à tua situação)

##### 4.1. Qual destas palavras descreve melhor o teu estilo de vida?

- ☐ Calmo.
- ☐ Activo.
- ☐ Agitado.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

##### 4.2. Consideras que participas activamente nas aulas de Educação Física?

- ☐ Sim.
- ☐ Não.
- ☐ Às vezes.
- ☐ Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

##### 4.3. Além da actividade física escolar praticas algum desporto?

- ☐ Sim. Qual? \_\_\_\_\_
- ☐ Não.

##### 4.3.1. Se respondeste afirmativamente na alínea anterior indica o número de horas semanais.

- ☐ Meia hora.
- ☐ 1 a 3 horas.
- ☐ 4 horas ou mais.

##### 4.4. Semanalmente, como ocupas as tuas horas de lazer?

(Assinala todas as actividades que costumas realizar)

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> A ver T.V.                      | <input type="text"/> horas |
| <input type="checkbox"/> A utilizar o computador.        | <input type="text"/> horas |
| <input type="checkbox"/> A ouvir música.                 | <input type="text"/> horas |
| <input type="checkbox"/> A jogar consola.                | <input type="text"/> horas |
| <input type="checkbox"/> Conversar, estar com os amigos. | <input type="text"/> horas |
| <input type="checkbox"/> Ajudar nas tarefas domésticas.  | <input type="text"/> horas |
| <input type="checkbox"/> Outras situações. Quais? _____  | <input type="text"/> horas |

##### 4.5. Em média, quantas horas de sono fazes diariamente?

horas

**Muito obrigada pela tua colaboração!**

# Trabalho de Investigação

“Hábitos alimentares/estilos de vida: **conhecer** e **intervir** para **prevenir** doenças metabólicas, uma proposta educacional”

---



## Guião da entrevista

(aplicada após o preenchimento do questionário)

**1º** Criar “clima” de trabalho, estabelecendo empatia e cordialidade. Explicitar os motivos da realização da entrevista.

**2º** Entregar o questionário preenchido ao aluno, solicitando uma rápida análise das respostas dadas.

**3º** Trocar impressões (sucintas) sobre as respostas dadas.

**4º** Informar, ainda, que os dados recolhidos durante esta entrevista serão tratados de forma confidencial.

**5º** Solicitar autorização para efectuar registo áudio da entrevista.

---

✓ P1 – De acordo com o teu questionário (pergunta 2.18), consideras que praticas uma alimentação saudável?

✓ P2 – Descreve então a alimentação que fizeste, por exemplo, ontem, indicando também as horas das refeições.

✓ P3 – Normalmente, comes assim?

✓ P4 – Os teus pais (ou pessoas com quem vives) interferem no teu modo de alimentação? De que forma?

✓ P5 – Aceitas os conselhos dos teus progenitores e/ou outras pessoas?

✓ P6 – Quando comes em casa cozinhas, ou vão buscar fora? Tentam cozinhar (ou ir buscar) os alimentos que tu gostas?

✓ P7 – Pensando no teu estilo de vida, consideras que a actividade física que realizas é suficiente? Não é uma actividade física de sofá, ou seja mais sentada, mais sedentária?

✓ P8 – Falando agora da tua saúde. Sentes-te saudável? Pensa bem...

# **Trabalho de Investigação**

“Hábitos alimentares/estilos de vida: **conhecer** e **intervir** para **prevenir** doenças metabólicas, uma proposta educacional”

---

- ✓ P9 – Queres fazer referência a algum episódio em que te tenhas sentido mal?
- ✓ P10 – Reflectindo sobre o teu corpo... O que mudarias?
- ✓ P11 – Os teus amigos o que dizem de ti, sobre o teu aspecto? Essa imagem preocupa-te?
- ✓ P12 – Consideras-te um jovem feliz?
- ✓ P13 – Em resultado do que mencionaste, quais são as pessoas que te podem ajudar a alterar a tua atitude face aos teus hábitos alimentares/estilos de vida?
- ✓ P14 – Que “papel” representa para ti, o teu médico de família? Achas que pode ser uma dessas pessoas, que te pode ajudar a alterar comportamentos?
- ✓ P15 – E ao nível dos professores, há algum que possa ter essa intervenção nesta situação, ajudando-te nesta “caminhada do crescimento”?
- ✓ P16 – Queres acrescentar mais alguma coisa?
- ✓ P17 – Aceitas então esta ajuda, esta intervenção, que com base numa “estratégia de vigilância” da tua saúde, realizada por outras pessoas, possa promover a alteração de alguns dos teus comportamentos visando o teu bem-estar físico, mental e social?

**Nota:** Ao longo da entrevista poderão surgir outras questões relacionadas com os objectivos do estudo.

**Trabalho de Investigação**

Hábitos alimentares/estilos de vida: *conhecer* e *intervir* para *prevenir* doenças metabólicas,

**uma proposta educacional.**

**REGISTO DE DADOS**

**Avaliação do estado saúde**

( 2005)

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Nome do aluno:** \_\_\_\_\_

**Escola:** \_\_\_\_\_

**Médico de Família:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Peso**        Kg

**Cintura**        cm

**Altura**       ,  m

**Anca**        cm

**IMC**        Kg/m<sup>2</sup>

**RCA**       ,

**CONSULTAS**

Dia	Mês	Motivo da consulta (Assinalar uma das seguintes opções)		Avaliação geral do estado de saúde **
		Síndrome gripal / virose / otite / amigdalite / faringite.	<input type="checkbox"/>	
		Letargia (astenia/fadiga).	<input type="checkbox"/>	
		Problemas digestivos.	<input type="checkbox"/>	
		Outra situação. _____	<input type="checkbox"/>	
		Síndrome gripal / virose / otite / amigdalite / faringite.	<input type="checkbox"/>	
		Letargia (astenia/fadiga).	<input type="checkbox"/>	
		Problemas digestivos.	<input type="checkbox"/>	
		Outra situação. _____	<input type="checkbox"/>	
		Síndrome gripal / virose / otite / amigdalite / faringite.	<input type="checkbox"/>	
		Letargia (astenia/fadiga).	<input type="checkbox"/>	
		Problemas digestivos.	<input type="checkbox"/>	
		Outra situação. _____	<input type="checkbox"/>	

**\*\* Legenda:**

Bom / **B**

Razoável / **R**

Mau / **M**

**OBSERVAÇÕES**

--





**UNIVERSIDADE DE AVEIRO**

**Mestrado em Ensino de Geologia e Biologia**

**Entrevista:**

Sim ☐

Não ☐

**Data:**

## Transcrição da Entrevista

Data de realização 2006. 03.30

Aluna da amostra de meio urbano (Pseudónimo *Maria 10 Anos*)

✓ **P1** De acordo com o teu questionário (pergunta 2.18) consideras que fazes uma alimentação saudável? *Sim.*

✓ O que consideras uma alimentação saudável? *Comer um pouco de todos os alimentos, não comer muitos doces, comer muita fruta e legumes, comer mais peixe do que carne.*

✓ **P2** Descreve então a alimentação que fizeste, por exemplo, ontem, indicando também as horas das refeições.

*7:30- Cereais com leite*

*10:05- bolo*

*13:30- Carne com arroz, salada, sopa*

*17:00- Pão e leite*

*20:30- Carne com massa*

*(Deitei-me eram 21:15)*

✓ **P3** Normalmente, comes assim? *Sim.*

✓ **P4** Os teus pais (ou pessoas com quem vives) interferem no teu modo de alimentação? De que forma? *Sim; dizem que eu tenho de comer mais...*

✓ **P5** Aceitas os conselhos dos teus progenitores e/ou outras pessoas? *Às vezes.*

✓ **P6** Quando comes em casa cozinham, ou vão buscar fora? Tentam cozinhar (ou ir buscar) os alimentos que tu gostas? *Cozinham em casa; sim, cozinham o que eu gosto.*

✓ **P7** Pensando no teu estilo de vida, consideras que a actividade física que realizas é suficiente? Não é uma actividade física de sofá, ou seja mais sentada, mais sedentária? *Não pratico desporto, passo muito tempo no sofá a ver televisão.*

✓ **P8** Falando agora da tua saúde. Sentes-te saudável? Pensa bem... *Sim.*

✓ **P9** Queres fazer referência a algum episódio em que te tenhas sentido mal? *Não.*

✓ **P10** Reflectindo sobre o teu corpo... O que mudarias? *Estou contente com o meu corpo, não mudava nada.*

✓ **P11** Os teus amigos o que dizem de ti, sobre o teu aspecto? Essa imagem preocupa-te? *Dizem que sou muito magra, mas não me preocupa.*

✓ **P12** Consideras-te um jovem feliz? *Sim.*

✓ **P13** Em resultado do que mencionaste, quais são as pessoas que te podem ajudar a alterar a tua atitude face aos teus hábitos alimentares/estilos de vida? *Ninguém, estou bem.*

✓ **P14** Que “papel” representa para ti, o teu médico de família? Achas que pode ser uma dessas pessoas, que te pode ajudar a alterar comportamentos? *A minha médica de família diz que eu deveria comer mais, mas ela não me poderia ajudar mais pois eu estou bem.*

✓ Porque é que te convenceste de que estás bem? *Não me sinto mal...*

✓ **P15** E ao nível dos professores, há algum que possa ter essa intervenção nesta situação, ajudando-te nesta “caminhada do crescimento”? *Não.*

✓ Portanto, estás bem, não precisas de ninguém, não há necessidade de te ajudar a mudar nada? *Não, estou boa e sinto-me bem.*

✓ O que é que já comeste hoje a meio da manhã? *Uma fruta.*

✓ Vais almoçar à cantina? E comes tudo? *Vou; sim, como tudo.*

✓ Consideras então que fazes uma alimentação correcta, certo? *Sim.*

✓ Quem são as pessoas que insistem mais contigo? *Os meus pais e a médica.*

✓ **P16** O.K., queres acrescentar mais alguma coisa? *Não.*

✓ O que achas que os outros jovens, em situações mais complicadas do que tu, podem fazer para melhorar a sua alimentação? *Não comer doces.*

✓ **P17** Aceitas então esta ajuda, esta intervenção, que com base numa “estratégia de vigilância” da tua saúde, realizada por outras pessoas, possa promover a alteração de alguns dos teus comportamentos visando o teu bem-estar físico, mental e social? *Sim.*

## Transcrição da entrevista

Data de realização 2006.03.31

Aluno da amostra rural (Pseudónimo José 14 Anos)

✓ **P1** De acordo com o teu questionário (pergunta 2.18) consideras que fazes uma alimentação saudável? *Não.*

✓ Porque dizes isso? *Porque como muitas guloseimas, não como muitas verduras (não gosto disso), mas como muita fruta porque os meus pais me obrigam.*

✓ O que é que consideras uma alimentação saudável? *Evitar o máximo de açúcar, comer muita fruta, ao almoço não comer muito.*

✓ Quantas refeições se devem fazer por dia? *Quatro, cinco refeições.*

✓ Tomas o pequeno-almoço? *Tomo.*

✓ **P2** Descreve então a alimentação que fizeste, por exemplo, ontem, indicando também as horas das refeições.

*8:00- Cereais com leite*

*10:00- Tosta mista, ice-tea*

*12:00- Coca-cola*

*Almoço- Só comi a sobremesa, morangos (deitei quase tudo fora, era massa com carne e eu não gostava)*

*Meio da tarde- Tosta mista, ice-tea*

*(Comi muitas guloseimas porque tive um aniversário)*

*17:30- Pão, leite com chocolate*

*Jantar- Não jantei, só comi algumas guloseimas*

*(Deitei-me eram 23:30)*

✓ Antes de te deitares, comes? *Ou bebo um iogurte, ou um copo de leite.*

✓ **P3** Normalmente, comes assim? *Sim.*

✓ **P4** Os teus pais (ou pessoas com quem vives) interferem no teu modo de alimentação? De que forma? *Passam a vida a chatear-me o juízo, para não comer isto, não comer aquilo, etc.*

✓ **P5** Aceitas os conselhos dos teus progenitores e/ou outras pessoas? *Às vezes.*

✓ **P6** Quando comes em casa cozinham, ou vão buscar fora? Tentam cozinhar (ou ir buscar) os alimentos que tu gostas? *Cozinham, só às vezes é que vão ao restaurante. Não.*

✓ Tu comes tudo o que a tua mãe cozinha? *Depende... não gosto muito de peixe (tem muitas espinhas)*

✓ **P7** Pensando no teu estilo de vida, consideras que a actividade física que realizas é suficiente? Não é uma actividade física de sofá, ou seja mais sentada, mais sedentária? *Faço muito exercício, jogo à bola todos os dias, mas também jogo muito computador (cerca de 1-2 horas por dia)*

✓ **P8** Falando agora da tua saúde. Sentes-te saudável? Pensa bem...*Sinto, sei que sou maior(?) que os outros, mas consigo fazer as mesmas coisas que eles.*

✓ **P9** Queres fazer referência a algum episódio em que te tenhas sentido mal? *Não...Às vezes fico chateado..., não consigo aguentar tanto como os outros, como na aula de Educação Física, mas de resto...nunca tive tonturas nem nada do género.*

✓ **P10** Reflectindo sobre o teu corpo... O que mudarias? *Não gosto do meu corpo, gostaria de ser mais magro (mudava o peso).*

✓ **P11** Os teus amigos o que dizem de ti, sobre o teu aspecto? Essa imagem preocupa-te? *Dizem que eu deveria fazer dieta, que estou um bocadinho...dizem para não comer tanto, para não andar sempre a comer mistos e assim (só às vezes é que os ouço)*

✓ **P12** Consideras-te um jovem feliz? *Sim, tenho muitos amigos; às vezes há pessoas que me gozam, chamam-me de gordo, de bucha, mas eu não ligo e os meus amigos defendem-me.*

✓ **P13** Em resultado do que mencionaste, quais são as pessoas que te podem ajudar a alterar a tua atitude face aos teus hábitos alimentares/estilos de vida? *Os meus pais e os meus melhores amigos.*

✓ **P14** Que “papel” representa para ti, o teu médico de família? Achas que pode ser uma dessas pessoas, que te pode ajudar a alterar comportamentos? *Sim, pode ajudar-me.*

✓ **P15** E ao nível dos professores, há algum que possa ter essa intervenção nesta situação, ajudando-te nesta “caminhada do crescimento”? *A minha directora de turma.*

✓ **P16** O.K., queres acrescentar mais alguma coisa? *Não.*

✓ **P17** Aceitas então esta ajuda, esta intervenção, que com base numa “estratégia de vigilância” da tua saúde, realizada por outras pessoas, possa promover a alteração de alguns dos teus comportamentos visando o teu bem-estar físico, mental e social? *Sim.*